

LES ENDOMÉTRIOMES UTÉRINS

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 29 Juillet 1938

POUR OBTENIR LE TITRE DE
Docteur de l'Université de Nancy
Mention « Médecine »

PAR

RUBINSTEIN Herman
né le 4 Mars 1905 à Ozorkov (Pologne)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	{	MM. BINET, professeur	<i>Président.</i>
		WATRIN, professeur	{ <i>Juges.</i>
		MUTEL, agrégé	
		BODART, agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMP BAILLY ET WETTSTEIN. 6, RUE COURBET
1938

LES ENDOMÉTRIOMES UTÉRINS

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 29 Juillet 1938

POUR OBTENIR LE TITRE DE

Docteur de l'Université de Nancy
Mention « Médecine »

PAR

RUBINSTEIN Herman

né le 4 Mars 1905 à Ozorkov (Pologne)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE : { MM. BINET, professeur *Président.*
WATRIN, professeur
MUTEL, agrégé } *Juges.*
BODART, agrégé }

Le candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMP. BAILLY ET WETTSTEIN, 6, RUE COURBET
1938

UNIVERSITÉ DE NANCY — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. L. SPILLMANN, C. ✱, I. ✱.

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, ✱, I. ✱ ; WEISS, O. ✱, I. ✱ ;

BOUIN, O. ✱, I. ✱ ; ANCEL, ✱, I. ✱ ; GARNIER, ✱, I. ✱ ;

MACÉ, ✱, I. ✱ ; P. PARISOT, O. ✱, I. ✱ ; DUFOUR, ✱, I. ✱ ;

HOCHE, O. ✱, I. ✱ ; FRÉLICH, ✱, I. ✱ ; LAMBERT, ✱, I. ✱.

Professeurs :

Clinique des malad. syphilit. et cutan.
Clinique obstétricale et Accouchements
Clinique d'oto-rhino-laryngologie
Clinique de chirurgie urinaire
Histologie.
Anatomie descriptive
Clinique médicale
Chimie médicale
Clinique médicale
Hygiène et médecine sociale
Clinique chirurgicale
Clinique ophtalmologique
Physiologie
Clinique des maladies des enfants...
Bactériologie et parasitologie médicale
Thérapeutique.
Clinique gynécologique
Pathologie chirurgicale
Anatomie pathologique
Hydrologie
Professeur sans chaire

M. L. SPILLMANN, C. ✱, I. ✱.
M. A. FRUHHOLZ O. ✱, I. ✱.
M. P. JACQUES, ✱, I. ✱.
M. P. ANDRÉ, O. ✱, I. ✱.
M. R. COLLIN, ✱, I. ✱.
M. M. LUCIEN, O. ✱, I. ✱.
M. L. RICHON, ✱, I. ✱.
M. H. ROBERT, ✱, I. ✱.
M. M. PERRIN, ✱, I. ✱.
M. J. PARISOT, C. ✱, I. ✱.
M. HAMANT, ✱, I. ✱.
M. P. JEANDELIZE, ✱, I. ✱.
M. SANTENOISE, ✱, I. ✱, A. ✱.
M. L. CAUSSADE, ✱, I. ✱.
M. DE LAVERGNE, ✱, I. ✱.
M. SIMONIN, I. ✱.
M. BINET, ✱, I. ✱.
M. M. BARTHÉLEMY, ✱, I. ✱.
M. WATRIN, ✱, I. ✱.
M. L. MERKLEN, I. ✱.
M. L. JOB, ✱, I. ✱.

Chargés de Cours complémentaires :

Clinique des maladies tuberculeuses. {
Pathologie générale
Clinique Gynécologique
Thérapeutique chir. et technique opérat. .
Clinique des maladies contagieuses ..
Clinique des vieillards
Propédeutique dermatologique
Médecine opératoire
Electrothérapie et radiologie
Accouchements (cours théorique)
Obstétrique
Clinique propédeutique médicale
Clinique et propédeutique chirurgicale
Anatomie et médecine légale
Pathologie interne
Clinique des maladies mentales
Education physique (1)
Clinique neurologique (1)
Propédeutique O.-R. L. (1)
Parasitologie

M. ABEL, ✱, I. ✱, agrégé.
M. P. SIMONIN, I. ✱, prof.
M. DROUET, I. ✱, agrégé.
M. A. BINET, ✱, I. ✱, professeur.
M. GUILLEMIN, A. ✱, agrégé.
M. DE LAVERGNE, ✱, I. ✱, professeur.
M. DROUET, I. ✱, agrégé.
M. WATRIN, ✱, I. ✱, professeur.
M. M. BARTHÉLEMY, ✱, I. ✱, prof.
M. G. LAMY, ✱, I. ✱, ch. duc, ag. lib.
M. JOB, ✱, I. ✱, prof sans chaire.
M. VERMELIN, ✱, I. ✱, agrégé.
M. KISSEL, agrégé.
M. CHALNOT, agrégé.
M. MUTEL, ✱, I. ✱, agrégé.
M. ABEL, ✱, I. ✱, agrégé.
M. HAMEL, ✱, docteur.
M. L. MERKLEN, I. ✱, professeur.
M. MICHON, docteur.
M. AUBRIOT, docteur.
M. DOMBRAY, docteur.

Agrégés en exercice :

M. FLORENTIN A. ✱
M. BODART.
M. CHALNOT.
M. WOLFF, A. ✱

M. MELNOTTE, O. ✱.
M. MUTEL, ✱, I. ✱.
M. VERMELIN, ✱, A. ✱

M. GUILLEMIN, A. ✱.
M. ABEL, ✱, A. ✱.
M. DROUET, A. ✱.
M. KISSEL.

Agrégés libres :

MM. G. GROSS, ✱, I. ✱ ; S. REMY, I. ✱ ; BUSQUET, I. ✱ ;
LAMY, ✱, I. ✱.

M. E. TRIBOLET, I. ✱, secrétaire.

(1) Fondation de l'Université

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver, ni s'improver.



A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE
M. DUNKELMAN

A CEUX QUE J'AIME

A mon Président de thèse,

M. le Professeur BINET,
Professeur de Clinique gynécologique,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A mes Juges,

M. le Professeur WATRIN,
Professeur d'Anatomie pathologique,
Chevalier de la Légion d'honneur.

M. le Professeur Agrégé MUTEL,
Chargé de cours d'Anatomie et Médecine légale,
Chevalier de la Légion d'honneur.

M. le Professeur Agrégé BODART,
Professeur Agrégé de Chirurgie infantile.

A TOUS MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

INTRODUCTION

Pendant la période active de la vie génitale de la femme, on rencontre dans les parois de l'utérus des tumeurs solides, partiellement kystiques, de nature toujours bénigne, mais parfois d'allure diffuse et envahissante, comme l'épithélioma. Ces néoformations, par l'exclusivité de leur siège et de leur développement chez la femme d'une part, et par leur structure histologique particulière d'autre part, méritent une place spéciale parmi les tumeurs.

L'utérus est le siège d'élection de ces tumeurs. C'est à celles-ci que nous limiterons notre étude. Toutefois, il faut savoir que leur domaine n'est pas limité à cet organe. On les trouve non seulement dans les autres segments de l'appareil génital (trompes, ovaires, ligaments utérins, vagin), mais encore dans des régions extra-génitales (rectum, côlon pelvien, appendice, ombilic, dans les cicatrices de la laparotomie).

Cette multiplicité de localisation a compliqué considérablement l'étude de la pathogénie. Les nombreux

travaux qui ont été écrits et que l'on ne cesse de publier sur la pathogénie de ces tumeurs prouvent que, malgré toutes les recherches, la question est encore à l'ordre du jour. La plupart des théories s'appuient sur des preuves solides, d'où l'intransigeance des partisans et les vives polémiques qui en résultent. Toutefois, aucune théorie actuelle ne suffit, à elle seule, pour expliquer toutes les localisations de ces néoformations.

Mais quelle que soit l'origine de ces tumeurs, acquise ou embryonnaire, il importe avant tout, et dans un but pratique, de déterminer la cause qui provoque le développement et l'accroissement de ces nouvelles formations. Tout récemment, un nombre d'auteurs ont incriminé un trouble endocrinien comme cause déterminante des endométrïomes. Pour les uns, ce serait une hyperfolliculinémie, pour les autres, l'hypophyse jouerait le rôle prédominant, d'autres enfin disent dysfonction ovarienne. Les travaux publiés sur ce sujet sont encore trop peu nombreux pour qu'on puisse en tirer une conclusion définitive. Cependant, les quelques résultats obtenus sont très intéressants. Nous en donnons dans un chapitre spécial une revue sommaire sur l'ensemble de faits acquis.

L'intérêt de l'étude des endométrïomes ne tient certes pas à leur fréquence, car ils sont relativement rares, et dans sa carrière, le praticien n'a guère de chances de les rencontrer souvent. Il leur vient de l'importance de leur diagnostic exact, qui seul permet une intervention curative et met le malade à l'abri de toute complication.

Or, ce diagnostic est encore d'une extrême difficulté.

Ceci tient au fait que c'est une maladie encore peu connue et à l'allure banale de son tableau clinique. En effet, il nous semble que trop peu a été écrit sur les manifestations cliniques de l'endométrisme, la plupart des auteurs consacrant leurs travaux à l'étude anatomique et pathogénique de ces tumeurs.

Nous avons également noté que beaucoup d'observations sont incomplètes, se bornant à constater l'existence de douleurs ou hémorragies sans préciser leur date d'apparition, leur durée et leurs caractères. Or, ces symptômes en apparence banaux, prennent une signification capitale lorsque leur rapport avec la période menstruelle peut être établi. Il y va de même pour l'examen physique et en particulier le toucher vaginal, qui doit être pratiqué avant et après la période menstruelle pour se rendre compte de la différence de volume de la tumeur, signe presque pathognomonique. Donc, la recherche de ces précisions pourrait aider beaucoup pour nous orienter vers le diagnostic.

Avant de passer à cette étude, nous considérons comme notre devoir d'exprimer ici l'hommage de notre plus profonde reconnaissance à M. le Professeur Binet, pour les conseils bienveillants et éclairés qu'il nous a donnés au cours de ce travail. C'est grâce à ses précieuses indications que nous avons pu mener à bien notre thèse. Nous garderons toujours le souvenir de son aimable accueil.

Nous sommes très redevables à M. le Professeur Watrin, qui a bien voulu nous donner son avis pré-

cieux sur le chapitre d'anatomie pathologique. Nous l'en remercions vivement.

Nous prions M. le Professeur Agrégé Mutel de trouver ici l'expression de notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant de faire partie du jury.

Nous remercions M. le Professeur Agrégé Bodart d'avoir accepté avec sa bienveillance habituelle de juger notre travail inaugural.

Enfin nous ne pouvons oublier le concours de M. le docteur Canel et nous sommes heureux de l'en remercier.



Historique

Les endométrïomes ont été d'abord et durant deux siècles uniquement observés sur l'utérus; ensuite, et depuis seulement une trentaine d'années, ils ont été reconnus sur les autres localisations. Ils furent l'objet de nombreux travaux étrangers, tant en langue allemande qu'en langue anglaise.

L'historique de l'endométrïome utérin peut être divisé en deux périodes, nettement délimitées par l'entrée en ligne du microscope dans l'étude des tumeurs.

1° *Période clinique.* — Cette période, caractérisée par un ensemble d'observations cliniques et anatomopathologiques, a conduit à des études approfondies, mais dans lesquelles manquent l'appui capital du microscope. Elle s'étend environ sur deux cents ans et se subdivise elle-même en deux parties par l'avènement de la chirurgie abdominale.

Dans la première, qui commence à la fin du xvii^e siècle et se termine vers 1860, on ne trouve décrite que la variété sous-muqueuse de l'endométrïome évoluant vers la cavité utérine à la manière des polypes, puisque les interventions abdominales ne sont pas pratiquées.

Cette époque se réduit à un nombre restreint d'observations cliniques avec des commentaires anatomiques.

Le premier cas en date est celui consigné en 1696 par Saviard. Paraissent ensuite l'observation de Thomas de Villers-Cotterets, suivie de celle de Boudou (citées par Levret en 1757), la description de Boivin et Dugès (1833) et celle de Robert Lee (1835).

Oldham (1844) publie deux cas accompagnés d'un dessin. Il est curieux de constater que la description et les figures de l'une des observations se rapprochent de très près de la pièce et aux expressions cliniques et anatomo-pathologiques sur un cas analogue publié par Cullen en 1908. C'est d'ailleurs Oldham qui, le premier, au point de vue pathogénique, attribue à ces tumeurs une origine muqueuse.

Huguier (1847) et Cruveilhier (1852-1856) contribuent à l'étude anatomo-pathologique des endométrio-mes kystiques.

Dans la seconde partie de cette période clinique, qui répond au début de la chirurgie abdominale, les chirurgiens commencent à observer des tumeurs utérines caractérisées par l'existence des kystes associés à des fibromes. C'est une seconde variété d'endométriome qui commence à se différencier : l'endométriome kystique à évolution abdominale, appelé par les chirurgiens anglais : tumeurs fibro-cystiques. Parmi les auteurs qui les signalent et en donnent une description anatomique, citons James Paget (1853), Baker Brown (1854), West (1856).

Rokitansky (1860) fait de l'adénomyome une entité

pathologique. C'est ainsi qu'il décrit les canaux, les tubes épithéliaux de l'adénomyome, établit leur formation kystique, et attribue à ces éléments une double origine : a) une origine muqueuse directe; b) une origine de néoformation. Il localise le siège de ces tumeurs dans la zone muqueuse (polypes) et dans les couches plus profondes de la paroi utérine, et il leur accorde une origine inflammatoire. Enfin, il identifie les mêmes formations dans l'ovaire.

Rokitansky désigne ces tumeurs sous le nom de sarcome adénoïde; le terme de sarcome signifiant à cette époque tumeur d'origine conjonctive. Ces faits publiés par Rokitansky n'attirent aucunement l'attention des savants, et ne sont repris par les anatomo-pathologistes que quelque quarante ans plus tard.

En 1873, Beau et Urdy, dans leur ouvrage sur l'hystérectomie, consacrent une large part aux tumeurs fibro-cystiques. En même temps ils signalent une nouvelle variété, l'endométriome interstitiel.

En Amérique, Marion Sims (1874) et Sockard (1888) citent des observations intéressantes.

Les tumeurs au début ne s'opéraient pas encore et les examens histologiques de vieilles pièces ne pouvaient éclaircir la pathogénie de ces tumeurs. Ce n'est qu'à partir de 1880 et surtout de 1890 que la chirurgie, favorisée par les découvertes pasteurienues, a pu enfin entreprendre l'ablation de petites lésions et les confier aux histologistes.

Période histologique (1880-1938). — De même que la précédente, cette période commence par la publication des cas isolés,

Babésiu (1882), Diesterweg (1883), Schatz (1884), examinent ces tumeurs et ils y trouvent des cavités kystiques tapissées d'un épithélium cylindrique.

Durant cette période paraissent toute une série de travaux qui ont trait aux petits endomériomes des cornes utérines. Ces tumeurs se développent autour de l'extrémité tubaire de la trompe ou du canal situé dans l'épaisseur de l'utérus, reliant la cavité utérine à la cavité salpingienne et que l'on peut à volonté rattacher soit à l'utérus, soit à la trompe.

Chiari (1887), Schauta (1888), Baraban (1891), Schottlander (1893) publient successivement une série de cas d'adénomyomes des cornes utérines. Ces auteurs attribuent à ces tumeurs l'origine muqueuse et inflammatoire.

A cette théorie microbienne s'opposait la théorie du développement des tumeurs aux dépens de restes embryonnaires. G. Veit (1867), Freund (1878), Fischel, Rieder (1884), Klein (1890), Hermann, de Lille (1890), ont successivement incriminé la formation de ces tumeurs aux dépens du canal de Wolff.

Recklinghausen (1893-1896), en plusieurs travaux et, finalement, dans un livre important, reprit cette théorie à propos d'un ensemble de cas de tumeurs d'aspect myomateux observées soit au niveau des cornes de l'utérus, soit dans l'utérus lui-même.

Le mérite de Recklinghausen n'est pas dans la mise en lumière d'une idée nouvelle, mais dans le nombre des faits étudiés et dans leur description histologique minutieuse. Les travaux de Recklinghausen ont donné

substance à la théorie wolffienne. C'est lui, d'ailleurs, qui a créé le terme d'adénomyome.

Cullen (1895), Max Voigt (1896), Kossman (1897), Lockstaedt (1898), Pick (1900), Franqué (1900), Claisse (1900), à propos des observations qu'ils citent, soutiennent, soit l'origine embryonnaire (corps de Wolff ou canaux de Muller), soit l'origine inflammatoire.

Robert Meyer (1899-1901) établit les bases de la théorie péritonéale qu'il étudie dans la suite dans toute une série de mémoires.

En France, c'est la théorie inflammatoire qui prévaut pour les rares auteurs qui ont observé quelques cas d'adénomyomes. La théorie embryonnaire est à peu près inconnue. D'ailleurs, la question n'a fait l'objet d'étude d'ensemble que plus tard.

Jayle et Cohn (1901), publient 8 observations d'adénomyomes des cornes utérines. Ils distinguent deux variétés : l'une inflammatoire simple, l'autre adénomateuse, les deux se trouvant reliées par des cas mixtes.

Cullen, T.-S. (1908) publie un livre important sur l'adénomyome de l'utérus, dans lequel il fait une excellente étude anatomique et clinique des adénomyomes de l'utérus et du ligament rond; il envisage leur origine, leur évolution, l'état des trompes et des ovaires. Cullen admet toutes ces tumeurs comme provenant de la muqueuse utérine ou d'un vestige du canal de Muller.

L'ouvrage de Cullen résume l'histoire de l'endométriome utérin par un ensemble de faits tel qu'il n'en existe nulle part, et par des descriptions cliniques, ana-

tomo-pathologiques, macroscopiques et microscopiques.

Blair Bell (1912) publie un cas d'adénomyome utérin enlevé pendant la menstruation et montrant l'existence de la menstruation dans les îlots adénomateux. Les cellules ressemblaient morphologiquement et physiologiquement aux cellules de la muqueuse utérine, d'où l'idée d'appeler ces tumeurs des endométrïomes.

En France, les auteurs suivants ont étudié les endométrïomes :

Letulle, Tuffier et Lambert (1925) font une belle étude intitulée : Endométrïomes et dysembryoplasie utérine.

Michon et Comte (1926) résument et mettent au point les diverses théories pathogéniques.

Jayle (1926-1927), dans une série de mémoires publiée sous le nom : Le solénome du ventre de la femme, jette une lumière nouvelle sur l'histoire de ces curieuses tumeurs, et fait une critique intéressante de la pathogénie des solénomes, terme nouveau créé par Jayle.

Porte et Isidor (1933), Cotte et Trillat (1933), Delannoy et Bedrine (1935) leur ont consacré des monographies.



Définition

Bien que ces tumeurs soient suffisamment connues, depuis les travaux des auteurs que nous venons de passer en revue, tout le monde n'est pas d'accord sur la dénomination à leur attribuer. Suivant la localisation de la tumeur rencontrée, sa structure plus ou moins particulière, sa pathogénie, on lui a assigné différentes appellations.

Recklinghausen, insistant sur l'aspect glandulaire et sur l'importance du tissu musculaire qu'on observe au niveau de l'utérus et des trompes, lui a donné le nom d'adénomyome.

D'autres, voulant mettre en valeur la genèse inflammatoire qu'ils invoquent, parlent d'adénomyosite.

Pour Jayle, ces tumeurs, si particulières, ont une caractéristique commune, qui doit leur faire donner le nom de solénome (tube, canal), en raison de l'élément structural capital de la tumeur.

Enfin Blair Bell, remarquant que l'élément fibromusculaire n'est pas constant dans de telles tumeurs, que les formations glandulaires ne sont que des dépendances de véritables îlots de muqueuse utérine, et que le seul élément constant et caractéristique est la présence de tissu identique à l'endomètre, a proposé la dénomination d'endométriole, qui est la plus employée actuellement.

De nombreuses observations ont trait, d'ailleurs à de la pseudo-endométriose (cas rapporté par Moench). Robert Meyer, qui s'est attaché depuis plus de 25 ans à l'étude histologique des endométrïomes, nous met en garde contre de nombreux soi-disant adénomyomes qui n'appartiennent pas strictement à la catégorie des formations néoplasiques.

De plus, le fait de rencontrer des parties épithéliales dans les tumeurs myomateuses peut être quelque chose d'accessoire (Pick). Il faut que les éléments épithéliaux prolifèrent simultanément, comme une tumeur, sinon le terme d'adénomyome est illogique.

Il ne faut pas non plus confondre les endométrïomes, qui sont des tumeurs mixtes, des tumeurs constituées en partie par des myomes avec inclusions inflammatoires hyperplasiées de tissu glandulaire, en partie par des myomes avec îlots épithéliaux accidentels et accessoires; en partie surtout non par des myomes, mais par des proliférations inflammatoires de glandes dans le tissu musculaire (v. Franqué).

Enfin, ceci dit, nous entendrons par endométrïomes ou adénomyomes, des tumeurs bénignes, hyperplasiques, solides, micro-kystiques ou macrokystiques, le plus souvent d'aspect diffus, rarement localisées. Ces tumeurs auront pour caractère essentiel d'être constituées par un stroma conjonctivo-musculaire renfermant de véritables glandes, présentant une structure histologique tout à fait analogue à celle de la muqueuse utérine normale, et réagissant parallèlement et simultanément aux diverses périodes de la vie sexuelle de la femme qui en est atteinte.

Anatomie et Physiologie pathologique

I. — ETUDE MACROSCOPIQUE.

L'endométriome occupe surtout la partie de l'utérus pourvue de couches musculaires puissantes, c'est-à-dire, le corps, région de prédilection pour les tumeurs fibreuses. Il siège habituellement au niveau du fond de la paroi postérieure de l'utérus; plus rarement dans le cervix et la paroi antérieure. Il peut même envahir toute la paroi utérine, constituant ainsi une virole puissante.

Au point de vue anatomique, l'endométriome se présente sous deux formes : la forme circonscrite et la forme diffuse.

L'endométriome circonscrit se présente sous l'aspect d'une tumeur délimitée dont la dimension est variable.

Tantôt c'est un simple nodule, une nodosité, ronde ou elliptique, du volume d'un petit pois, d'une noisette; l'endométriome de l'extrémité utérine de la trompe est le type du genre. Cette variété peut être dénommée : *l'endométriome circonscrit nodulaire*.

Tantôt il s'agit d'une masse volumineuse de la gros-

seur d'un œuf, d'une orange, d'une tête fœtale, de forme toujours plus ou moins irrégulière, souvent multilobée, présentant ou non des kystes à sa périphérie : l'endométriome pédiculé de l'utérus en est un exemple. Cette variété peut être dénommée *endométriome circonscrit globulaire* (Obs. X, XXVI).

S'il se développe vers la cavité utérine, l'endométriome circonscrit prend la forme d'un polype le plus souvent kystique : c'est l'*endométriome circonscrit polypeux* (Obs. XXX).

La forme diffuse peut ne constituer qu'une sorte de masse diffuse développée dans l'utérus et l'englobant plus ou moins totalement, sans en dépasser les limites. Dans ces cas, l'utérus a conservé une forme à peu près normale, et ressemble à un utérus hyperplasié banal, à l'utérus dit fibromateux, ou à l'utérus géant de Riche-lot. Il peut atteindre le volume d'un utérus gravide de 2 à 4 mois (Cotte). C'est la variété d'*endométriome diffus en masse* (Obs. XVI, XX, XXVII).

D'autres fois, le développement de la prolifération dépasse la limite de l'utérus et fait saillie à sa surface en constituant des lobes plus ou moins développés, plus ou moins irréguliers, à la manière des fibromes. C'est devant l'impossibilité de faire une énucléation qu'on reconnaît la nature particulière des lésions. On peut appeler cette variété l'*endométriome diffus lobé*. Une des particularités de ces expansions extra-utérines est de contracter des adhérences, surtout avec l'épiploon, à l'inverse des fibromes qui restent généralement libres (Obs. XXIII, XXIV, XXIX).

Dans la cavité utérine, la prolifération tend à repous-

ser la muqueuse utérine pour prendre l'aspect polypeux : c'est *l'endométriome diffus polypeux*.

La ligne de démarcation entre la masse musculaire utérine et la tumeur myomateuse est toujours nettement définie, mais les deux éléments sont pourtant si intimement enchevêtrés, qu'il est absolument impossible de les séparer (Cullen). Au premier abord, rien ne distingue l'endométriome utérin d'un myome banal, mais si on essaie de faire une énucléation, on voit qu'à la périphérie de la tumeur, il n'y a aucun plan de clivage, car il y a absence de capsule. Dans des cas exceptionnellement rares, celle-ci peut exister (Obs. XXV, XXVI).

Le volume de l'endométriome est variable, habituellement petit, atteignant rarement la grosseur d'une orange. Exceptionnellement, ces tumeurs peuvent dépasser le volume d'une tête d'enfant. L'utérus est généralement augmenté de volume en totalité, parfois, à certains endroits seulement.

La coloration de l'endométriome est d'un blanc rosé, moins claire d'ordinaire que celle des fibromyomes. La surface de la tumeur est lisse ou à peu près, quelquefois elle est bosselée. Très souvent de nombreuses adhérences recouvrent l'utérus et la tumeur qui les attachent aux organes voisins.

La consistance est habituellement ferme, dure, quelquefois molle et macroscopiquement kystique, en partie ou en presque totalité (Obs. X, XXII, et XXVI), suivant l'abondance de tissu glandulaire, qui a pour propriété importante de dégénérer en kyste. Ces tumeurs ressemblent tellement, à un examen superficiel,

à des fibromes ou à des kystes, que pour cette raison elles ont été fréquemment méconnues.

A la coupe, la tumeur se montre constituée d'un tissu blanchâtre, d'apparence fibreuse, avec des zones plus ou moins claires, presque translucides, et d'autres opaques, jaunâtres. Par endroits, la tumeur est parsemée de petites cavités kystiques du volume d'une tête d'épingle ou d'un pois, et de fentes allongées, d'où une structure caverneuse, un aspect crevassé, comme vermoulu. Ces cavités contiennent soit un liquide d'apparence aqueuse, soit du sang, soit un liquide brun chocolat (sang menstruel altéré). Ces traces d'hémorragies récentes et anciennes se retrouvent même dans les régions de la tumeur où les cavités ne sont pas visibles à l'œil nu, mais où l'on aperçoit des traînées de teinte rouille, des zones foncées, bleu-noir ou chocolat. Parfois, à l'aide d'une loupe, on peut déceler çà et là la muqueuse utérine pénétrant dans le tissu myomatoux (Obs. XVIII):

L'aspect extérieur de l'adénomyome est donc excessivement banal, et si l'on ne voit pas à la surface de l'utérus, ou en un point quelconque du pelvis (sur le côlon, au fond du Douglas, à la surface de l'ovaire) un de ces petits kystes à contenu noirâtre, qui sont autant de petits endométrïomes, il est bien certain que l'on pourrait hésiter sur la nature de la lésion utérine. Après l'intervention, il n'en est plus de même. Si l'on pratique, en effet, une coupe au niveau de la néoformation, à défaut de petits points noirâtres qui ont une valeur pathognomonique (Obs. XXIV), on voit que la tumeur est formée par des entrecroisements et des tour-

billons de fibres musculaires, au milieu desquels on voit des points muqueux brillants qui paraissent un peu plus colorés que le stroma qui les entoure.

II. — ÉTUDE MICROSCOPIQUE.

L'examen histologique seul permet de faire un diagnostic précis. Il démontre que l'endométriome présente trois éléments constitutifs fondamentaux :

1° *L'épithélium*, généralement unistratifié, cylindrique, est ordonné en tubes glandulaires, formés de cellules hautes, prismatiques, parfois ciliées (Obs. XXVI), comportant un noyau ovoïde à la base. Ces cavités glandulaires possèdent deux caractères principaux. Elles sont à la fois désordonnées dans leur topographie et désordonnées dans leur architecture. En effet, les lumières glandulaires sont irrégulièrement disséminées dans une masse myomateuse. D'autre part, les éléments de revêtement sont souvent atypiques et tous les aspects sont possibles, depuis la haute cellule cylindrique jusqu'à la cellule pseudo-épithéliale, mais ces cellules présentent ce caractère constant d'être toujours normales. La lumière est de forme variable, le plus souvent arrondie, parfois allongée en véritable fente. D'autres fois, du fait d'une dilatation marquée, on a une véritable image de kyste.

2° *Une couche de tissu cytogène ou stroma*, absolument semblable à celui qui soutient la muqueuse uté-

rine, forme une véritable gaine à ces glandes adénomateuses aberrantes. C'est un tissu conjonctivo-vasculaire, représenté par une ou plusieurs assises irrégulières de petites cellules, pourvues d'un noyau très riche en chromatine. Cette couche peut manquer totalement (Obs. XXV) ou partiellement (Obs. VII).

Le tissu cytogène paraît jouer un rôle important dans la progression de la prolifération épithéliale. Kitai (1924) a publié des figures très intéressantes montrant l'action destructrice et envahissante des cellules du stroma.

3° *Une couche de tissu myomateux*, constituée par des fibres musculaires hypertrophiées et enchevêtrées les unes dans les autres, séparées par des tractus fibreux, formant une véritable nappe conjonctivo-musculaire analogue à celle que l'on rencontre dans les fibro-myomes utérins. Les éléments musculaires sont extrêmement proliférants, s'entrecoupant dans tous les sens, si la masse est essentiellement musculaire; ils manquent ou sont erratiques dans la masse et sans aucune régularité d'emplacement quand cette masse est d'ordre fibreux.

De ces trois éléments, lequel est le plus typique, qui signe la nature de l'affection ? Pour Jayle, seul, le tube épithélial est constant; seul, il est nécessaire pour porter le diagnostic. Pour d'autres, au contraire, c'est le tissu cytogène qui caractérise à lui seul l'adénomyome. Son absence ou sa présence permettent de faire la distinction entre l'endométriome vrai et le pseudo-endométriome. Ces derniers se composent de

semblables glandes directement noyées dans du tissu myomateux, sans interposition de tissu cytogène. Cependant, ceci n'est pas tout à fait vrai, car Baltzer a décrit un cas typique d'endométriome utérin où le tissu cytogène manquait totalement (Obs. XXV).

III. — EVOLUTION ANATOMIQUE DE LA TUMEUR.

1° *Accroissement de la tumeur.* — Si l'endométriome a tendance à augmenter de volume, il n'en reste pas moins longtemps une petite tumeur, l'accroissement se produisant longtemps. Ceci n'exclut pas toutefois la possibilité d'une extension progressive, de proche en proche, aux organes voisins : vessie, rectum, sigmoïde, vagin, etc. (Obs. IX, XXXIII, XXXVII).

Un fait caractérise bien ce genre de tumeur et réclame une explication, c'est l'absence totale de capsule. La néoformation adhère de toutes parts et son extirpation peut s'accompagner de dégâts importants ou être impossible. Ceci est un singulier comportement pour une tumeur qualifiée bénigne. Il faut recourir à l'analyse histologique du processus d'extension pour comprendre cette anomalie.

Les tubes adénomateux, entourés de leur manchon chorial, procèdent par insinuation entre les éléments tissulaires dissociés; on peut de la sorte assister à une propagation indéfinie sans autre tendance à la limitation que l'épuisement de la sécrétion endocrine de la glande ovarienne, puisqu'elle est le moteur de l'activité prolifératrice de la tumeur.

Si cet envahissement évoque par certains côtés un processus malin, il en diffère néanmoins; d'une part, le tissu adjacent est dissocié et non détruit; s'il dégénère, c'est uniquement par altération de sa nutrition et de son tropisme; d'autre part, certains éléments sont respectés et notamment les parois vasculaires, les épithéliums glandulaires ou de revêtement.

Ces tumeurs diffèrent encore des processus cancéreux par d'autres points : elles ne donnent jamais ni métastases, ni généralisation; l'éventualité d'une transformation maligne mise à part.

En somme, dans son développement, l'endométriome possède des caractères qui l'apparentent à la néoplasie maligne et à la tumeur bénigne. De la première, il a une extension indéfinie, sans tendance à la limitation, et sans capsule. De la seconde, il a l'absence de propagation par voie lymphatique ou sanguine; l'intégrité des éléments nobles au voisinage de la tumeur.

2° Transformation maligne. — Le fait que l'endométriome est une tumeur bénigne, ne doit pas exclure la possibilité de la transformation maligne. Il faut nous rappeler cette loi de pathologie que : « Toute néoplasie est un pas vers une néoplasie plus grave (Verneuil, Ricard, Poncet) et qu'il est probable qu'un organe déjà porteur d'une tumeur bénigne sera plus aisément envahi par un néoplasme malin. »

Legueu et Marien (1897) publient un cas typique de dégénérescence cancéreuse d'un endométriome.

Cullen (1908) en rapporte deux cas d'adénocarcinome développé dans un endométriome.

Forgue et Saulas, étudiant le rapport entre le fibrome et le cancer du corps, pensent que certains de ceux-ci sont dus à la dégénérescence des noyaux adénomyomateux au sein de la tumeur bénigne.

Baltzer (1929) rapporte un cas très intéressant d'adénomyome subissant une transformation carcinomateuse (Obs. XXV).

Tout récemment encore, C. Becker en a cité un nouvel exemple. Une patiente, opérée pour rétroflexion fixée de l'utérus, montre une matrice dont la paroi postérieure est parsemée de noyaux; l'utérus est fortement adhérent au rectum et la séparation est très difficile. On extirpe l'utérus, les noyaux qui s'y trouvent éveillent le soupçon d'un cancer. En réalité, il s'agissait de proliférations hétérotopiques provenant de la muqueuse utérine dégénérées en cancer.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

Une autre curiosité est constituée par la relation physiologique étroite qui relie l'endométriome à l'utérus en le faisant participer à l'activité physiologique spéciale de celui-ci (Obs. IX).

En effet, au moment des règles, apparaît une véritable *menstruation* adénomateuse qui est à l'origine de la dysménorrhée douloureuse, de l'hypertrophie passagère de la tumeur et des hémorragies congestives. L'aspect histologique des endométriomes enlevés à cette

période est tout à fait caractéristique. Les cavités tubulaires sont remplies de sang. C'est une véritable hématométrie en miniature. Ce sang se résorbe lentement, en laissant des pigments hématiques, traces de l'ancienne hémorragie. Il est fréquent à la section de ces tumeurs, de trouver des kystes hématiques plus ou moins récents.

Les modifications histologiques de la période pré-menstruelle ont été observées par plusieurs auteurs. Lahm a noté dans un endométrioïme de la trompe un début de desquamation épithéliale. Meyer a trouvé sur une trompe endométrioïde, extirpée 17 jours après le début des règles, une réaction déciduale du chorion et des pigments sanguins, reliquats de la menstruation précédente.

L'hémorragie cataméniale dans la tumeur peut être suffisamment abondante pour déterminer des accidents. L'inondation péritonéale est exceptionnelle et succède alors à la rupture d'un kyste hémorragique volumineux. Par contre, l'hématocèle pelvienne n'est pas rare et Turmann fait entrer, pour une large part, les endométrioïmes dans les causes d'hématocèle extra-utérine non-gravidique. Cette hémorragie enkystée s'accompagne généralement d'une greffe de la tumeur sur le péritoine du cul-de-sac de Douglas (Obs. X). C'est pourquoi la paroi de la collection sanguine revêt, en certains points, l'aspect histologique caractéristique de l'endométrioïme.

Dans les tumeurs qui n'ont pas présenté de réaction menstruelle depuis longtemps, on peut retrouver, par coloration ou par des techniques spéciales, des

pigments ferrugineux en plus ou moins grande abondance.

La grossesse provoque une *réaction déciduale* dans le stroma cytogène de la néoformation. Amos, à Berlin et Cullen, à Baltimore (Obs. VII), l'ont découverte presque en même temps. Griffith, Roux, Berger, Winestine, Martin et Michon l'ont également signalée. Lockrane l'a constatée 9 fois sur 11 cas de coexistence de grossesse et d'endométriome intra ou extra-utérin.

Ces auteurs voient dans cette réaction déciduale la preuve de l'identité de fonctionnement physiologique de la muqueuse adénomyomateuse et de la muqueuse utérine. Jayle, au contraire, conteste la spécificité gravidique de la cellule déciduale.

La muqueuse du chorion cytogène augmente de volume, devient vésiculeuse et claire. Son cytoplasma est légèrement acidophile, grenu ou vacuolaire, renfermant des enclaves. Le noyau est gros, pourvu d'un fin réseau de chromatine et d'un ou deux nucléoles. Chaque cellule est séparée de sa voisine par un réseau collagène ténu, riche en capillaires. Elle est devenue cellule déciduale. Ces cellules déciduales mono ou binucléées envahissent le stroma cytogène et se groupent en amas denses à la périphérie des cavités glandulaires.

La muqueuse endométriale est-elle propice à la *nidation ovulaire* ? Peu de faits concluants ont été rapportés. Pourtant, d'après les constatations de Bordeleir, un œuf fécondé aurait pu se greffer et subir les premières phases de la segmentation, dans une cavité adénomyomateuse. Un autre cas très curieux est publié

par Döderlein et Herzog (1913) qui ont trouvé un œuf de trois mois développé dans une cavité d'un adénomyome de l'utérus.

La ménopause, qu'elle soit naturelle ou opératoire, possède une action frénatrice bien nette sur le développement de la néoformation, qui subit une régression parallèle à celle de tout le tractus génital à cette époque de la vie. Les lésions sont le siège d'une transformation fibreuse ou fibromyomateuse. La castration opératoire agit dans le même sens.

On peut donc histologiquement, et au point de vue de la physiologie pathologique, considérer ces tumeurs comme des utérus en miniature. Ces groupes de faits montrent, en outre, combien est grande l'influence des hormones ovariennes sur l'évolution anatomique des endométriomes qu'elles conditionnent étroitement.

LÉSIONS ASSOCIÉES,

1° *Lésions annexielles*. — Les altérations des annexes au cours des adénomyomes sont fréquentes, quand il s'agit principalement de tumeurs des cornes, beaucoup plus rares quand il s'agit de tumeurs du corps (9 fois sur 26 cas dans nos observations). D'après Funke, les tumeurs annexielles sont une complication presque de règle avec les adénomyomes. Dans 15 cas observés par Cullen, il a trouvé 10 fois les annexes touchées, c'est-à-dire, dans 66,6 % des cas. En se ba-

sant sur les 37 observations que nous avons pu réunir, on trouve 15 fois des lésions annexielles ou dans 42,8% des cas.

Les lésions qu'on constate le plus souvent sont des lésions de salpingite interstitielle aiguë ou chronique surtout, avec ou sans hypertrophie de la paroi musculaire. Souvent la trompe est dilatée dans sa partie externe et sa cavité distendue par un liquide séreux, purulent ou sanguinolent.

Les ovaires sont presque toujours microkystiques, et l'on découvre dans les ligaments larges des kystes plus ou moins volumineux dont l'origine congénitale n'est pas douteuse (Jayle et Cohn). Enfin, l'association de kystes folliculaires et endométriose utérin ont été constatés par Jeffcoate et Potter dans 4 cas sur 7. Cette association existe aussi dans un de nos cas (Observation I).

2° *Endométrioses, hyperplasie de l'endomètre et fibromes.* — La coexistence de l'hyperplasie de l'endomètre avec l'endométriose utérin est très fréquente. Jeffcoate et Potter l'ont trouvée 29 fois dans une totalité de 33 cas, soit 88 %. Hamant, Cornil et Mosinger signalent également cette association. Witherspoon a trouvé l'endométriose 28 fois dans 44 cas d'hyperplasie de l'endomètre.

La présence concomitante de fibromes est aussi relativement fréquente. Elle est signalée dans 7 de nos cas, mais il est impossible d'établir une proportion, car nombre d'auteurs ont pu omettre de signaler quelques petits noyaux myomateux. La statistique person-

nelle de King, portant sur 122 cas d'adénomyome pelvienne, compte 22 % de myomes utérins, alors que celle de Jeffcoate et Potter compte 27 % de fibromes portant sur 78 cas d'endométriomes extra-utérins associés ou non d'adénomyome utérin. Il semble donc que la proportion de fibromes dans les endométriomes utérins soit sensiblement la même que dans les endométriomes extra-utérins.

Cette association fréquente d'adénomyome utérin avec des lésions ovariennes, hyperplasie d'endomètre et fibromes, ne nous paraît pas une simple coïncidence, et nous verrons dans un chapitre spécial ce qu'on peut déduire de la coexistence relativement fréquente de ces lésions.

3° *Autres lésions myomateuses.* — Il n'est pas rare d'observer des lésions myomateuses dans les autres régions génitales coexistant avec l'endométriome utérin : endométriome de l'ovaire (Obs. VII, VIII, XXXII), des trompes (Obs. VII, VIII, XXIII, XXXI), du rectum par propagation de l'endométriome du col utérin (Obs. XXVIII, XXXIII, XXXIV, XXXVII), du ligament rond (Obs. XXXI, XXXVI), etc. Cependant, Polster (1926) insiste que les tumeurs adénomyomateuses extra-génitales ne s'observent pas chez les sujets atteints de tumeurs utérines. Il serait même la règle, qu'une femme qui a un endométriome utérin n'a pas un endométriome extra-génital. Mais des exceptions à cette règle peuvent s'observer (Obs. IX).

Etiologie

ETIOLOGIE

1° FRÉQUENCE.

Si l'on s'en tenait à la recherche des observations publiées, on pourrait en conclure que l'endométriome utérin est très rare.

Mais on peut admettre que ces tumeurs sont plus fréquentes qu'il ne semble à première vue. On sait que les manifestations anatomiques ou cliniques, parfois souvent très discrètes, peuvent échapper même au cours de l'intervention à l'observateur non averti. S'il est difficile de méconnaître, en effet, un adénomyome de l'isthme ou du cul-de-sac de Douglas propagé à la cloison recto-vaginale, et à plus forte raison des adénomyomes extra-génitaux, il est bien certain que l'adénomyomatose du corps a dû être prise bien souvent pour une hyperplasie utérine banale ou pour un myome diffus.

Toutefois, il est remarquable de constater, en effet, que les auteurs, qui connaissent bien les endométrio-
mes, en observent un nombre relativement considé-

nable. Sampson a relevé 64 cas d'endométriomes génitaux et extra-génitaux sur 296 laparotomies; ils représentaient ainsi 20 % des cas gynécologiques opératoires. Van Tongeren, sur 200 laparotomies, a trouvé des endométriomes dans 14 % des cas; ce pourcentage cadre d'ailleurs bien avec celui de von Philipp.

Or, le nombre de cas diagnostiqués en France est très faible; ne s'agit-il pas souvent d'un défaut de notre diagnostic ?

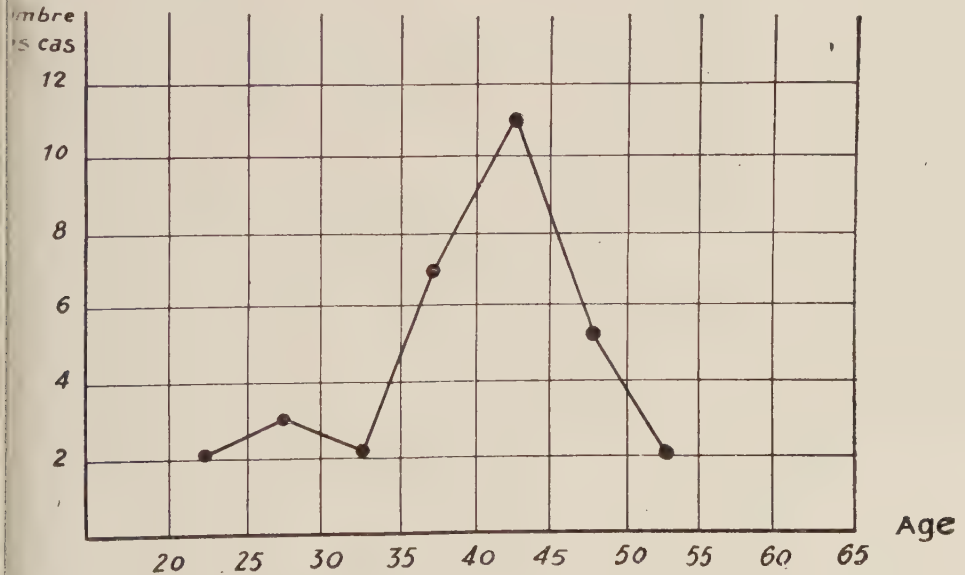
La localisation utérine des endométriomes par rapport aux autres localisations semble très fréquente. L'utérus et l'ovaire semblent être le siège d'élection de ces tumeurs.

Localisation de l'Endométriome	KING statistique personnelle	JEFFCOATTE et POTTER statistique personnelle de 1924 à 1934	SEITZ statistique personnelle	FRANKL statistique personnelle
Utérine	17	33	19	213
Ovarienne	23	62	23	26
Tubaire	4	2	8	2
Recto-vaginale	52	45	4	2
Visico-vaginale . . .		4	3	2
Péritonale	26		4	
Inguinale		3		1
Intestinale		3		
Ombilicale				
Paroi abdominale . .		1	4	2
Total . .	122 14 %	153 22 %	65 30 %	248 83 %

Les statistiques intégrales publiées par quelques auteurs donnent les proportions suivantes d'adénomyomes utérins : 14, 22, 30, 83 %.

2° AGE.

Il est extrêmement frappant de constater que ces tumeurs apparaissent à peu près exclusivement chez des femmes à la période d'activité génitale. Elles sont d'une rareté exceptionnelle avant la puberté et après la ménopause.



Courbe indiquant les variations de fréquence
de l'adénomyome utérin avec l'âge

Parmi les observations que nous avons rassemblées, la malade la plus jeune avait 22 ans, la plus âgée avait 52 ans, et la grosse majorité des cas concerne des femmes entre 40 et 45 ans. Notons en passant que c'est à l'âge se rapprochant de la ménopause que l'on observe le plus souvent la dysfonction ovarienne.

L'examen du graphique ci-contre montre que c'est à cette période de la vie que l'on rencontre le plus grand nombre d'endométriomes utérins. Passé cet âge, la fréquence diminue considérablement.



Pathogénie

La pathogénie de l'endométriome est la partie la plus discutée de cette curieuse affection. Les nombreuses théories qui ont été émises peuvent se classer en deux groupes.

- 1° Théories basées sur l'origine embryonnaire;
- 2° Théories basées sur l'origine acquise.

I. — THÉORIES EMBRYONNAIRES. — Les partisans de l'origine embryonnaire ont incriminé soit des débris wolffiens, soit des débris müllériens, soit la persistance de cellules primordiales indifférenciées, soit des débris cœlomiques.

1° *Théorie wolffienne*. — D'après cette théorie, les endométriomes prendraient naissance aux dépens de résidus du corps de Wolff. Elle a été établie et défendue par v. Recklinghausen.

Ses partisans cherchaient à prouver cette origine en s'appuyant :

- a) Sur la proximité au cours de l'ontogénèse des canaux de Müller et de Wolff;

b) Sur la localisation des adénomyomes au niveau de la face postérieure et du fond de l'utérus, ainsi qu'au niveau des cornes utérines, régions où, d'après Recklinghausen, on peut trouver des inclusions embryonnaires des canalicules wolffiens;

c) Sur la présence de pseudo-glomérules, des canaux étroits bordés de cellules cylindriques à cils vibratiles rappelant les cellules du corps de Wolff, et des tubes larges à épithélium bas (tubes sécréteurs).

d) Sur la disposition parallèle des tubes (tubes collecteurs) comme dans les canaux wolffiens.

Cette théorie, au point de vue morphologique et topographique, n'est pas soutenable. Robert Meyer a insisté sur l'impossibilité pour le mésonéphros d'atteindre la région du futur utérus. Kossmann a montré que les arguments histologiques reposent sur une erreur d'interprétation des images microscopiques. Les soi-disant pseudo-glomérules ne sont que des aspects réalisés par la saillie du tissu cytogène dans les kystes adénomateux. Les prétendus tubes sécréteurs ou excréteurs ne sont que des tubes adénomyomateux de grandes dimensions et à cellules hautes. Le tissu cytogène qui englobe les néoformations glandulaires fait défaut dans les débris du corps de Wolff.

2° *Théorie Müllérienne.* — Les défenseurs de cette théorie soutiennent que tous les endométriomes ont une origine unique, le canal de Müller, par inclusions fœtales de fragments de la muqueuse müllérienne

dans l'épaisseur des parois de l'utérus ou de la trompe à distance de la cavité utérine ou tubaire.

C'est Max Voigt (1896) qui a émis l'hypothèse de l'origine müllérienne. Mais il revient à Kossmann (1897) et à Lockstaedt (1898) d'avoir été les champions de cette théorie et de l'avoir vivement opposée à la théorie wolffienne de Recklinghausen. Cullen (1908) admet la théorie müllérienne pour les cas où la théorie muqueuse ne peut être appliquée. En France, elle a été défendue par Letulle (1925), qui explique ces néoformations par le transport des fragments müllériens par malfaçon, par dysembryoplasie, à distance de l'utérus ou de la trompe.

Les arguments invoqués en faveur de cette théorie sont d'ordre embryonnaire, histologiques et physiologiques.

a) *Arguments embryonnaires.* — La fréquence des anomalies constatées sur les organes müllériens doit faire considérer comme indubitablement possible des inclusions aux dépens de ces organes. « Qu'y a-t-il d'extraordinaire », dit Letulle, « à voir une portion du canal de Müller subir, à une époque variable de son évolution, quelque malfaçon partielle, entraînée, plus ou moins loin, au cours des procédés évolutifs de la vie embryonnaire ? »

b) *Arguments histologiques.* — La structure des formations glandulaires des adénomyomes est très semblable à celle de la muqueuse utérine (dérivant du canal de Müller).

c) *Arguments physiologiques.* — Les éléments épithéliaux de l'adénomyome présentent toutes les propriétés physiologiques de la muqueuse utérine (participation au cycle menstruel, réaction déciduale au cours de la grossesse, involution de la tumeur après ovariectomie).

Pour Michon et Comte, la présence des restes müllériens est tout à fait hypothétique. Moench prétend que l'hémorragie périodique n'est pas une preuve suffisante et qu'il existe des menstruations supplémentaires ou vicariantes au niveau des tissus qui n'ont aucun rapport avec l'endomètre. Une hémorragie dans un kyste montre seulement que le tissu intéressé a une certaine tendance à participer aux troubles cycliques menstruels de l'appareil génital. Enfin, la théorie müllérienne fait défaut pour expliquer certaines localisations de ces tumeurs, en particulier les adénomyomes inguinaux, ombilicaux et ceux des cicatrices de laparotomie.

3° *Théorie de De Snoo.* — Cet auteur, frappé par l'observation que les tubes épithéliaux entourés du chorion cytogène et des éléments musculaires ne sont que des utérus en miniature, présentant les mêmes propriétés histologiques et physiologiques que l'utérus, attribue à ces tumeurs la même origine que celle de l'utérus adulte normal.

De Snoo pense que l'utérus prend naissance aux dépens d'une souche particulière de cellules non différenciées, cellules-mères, qu'il appelle génitoblastes. Ces cellules mésenchymateuses, en proliférant, se dif-

férencient en tissu conjonctivo-musculaire et épithélial, et s'orientent de façon à prendre la forme de l'utérus.

Ces cellules primitives persisteraient chez toutes les femmes et serait un phénomène physiologique. Les travaux de Josselin et Yung, de Pels et ceux de l'auteur montrent que l'endométriome se trouve chez la femme dans des proportions variant de 50 à 70 %.

En somme, pour De Snoo, l'utérus est un organe primitif spécial, qui renferme un grand nombre de cellules non différenciées, les génitoblastes, qui physiologiquement et pathologiquement, se trouvent entièrement sous l'influence de l'action de l'ovaire. Ces cellules, pendant la vie embryonnaire, forment l'utérus et ses ligaments, plus tard, elles fournissent le matériel pour la paroi de l'utérus gravide, et pour la régénération de l'endomètre post-gravide. Dans des conditions pathologiques, elles peuvent donner lieu à la production de fibromes et d'adénomyomes.

4° *Théorie cœlomique.* — Cette théorie, de date récente, a été émise par Robinson, qui fait dériver toutes les formations adénomyomateuses du péritoine primitif du cœlome. L'auteur s'appuie sur la notion que l'épithélium des canaux de Müller et l'épithélium du péritoine ont une origine commune : l'épithélium cœlomique, et peuvent, l'une ou l'autre, donner naissance à tous les adénomyomes, même ceux du ligament rond, car il existe à ce niveau des restes péritonéaux.

Quant au tissu cytogène, l'auteur explique sa for-

mation en évoquant la loi de Fischer, d'après laquelle les éléments épithéliaux exercent une influence formative et fonctionnelle sur le tissu conjonctif de soutien. Donc, d'après cette loi, le tissu cytogène se développe sous la seule influence de l'épithélium cylindrique.

Robinson, invoquant l'analogie morphologique et fonctionnelle entre l'endométriome et la muqueuse utérine, fait intervenir les hormones ovariennes dans la genèse de ces tumeurs. « La cause de la croissance adénomyomateuse », dit-il, « se trouve dans une hypersécrétion ovarienne, qui dans des conditions biologiques données, exercent une influence prolifératrice sur les restes cœlomiques quiescents ».

Cette action hormonale n'agit que sur le péritoine et les canaux de Müller; elle n'agit pas sur le rein primordial, dérivé également du cœlome, d'où l'absence de prolifération du type rein primordial.

Cette théorie, comme la précédente, explique toutes les formations endométriales, mais toutes deux ont le défaut d'être tout à fait hypothétiques, et ne s'appuyent sur aucun fait.

II. — THÉORIES ACQUISES. — Les auteurs de ces théories croient que les endométriomes naissent aux dépens de tissus adultes normalement développés.

1° *Théories endométriales.* — Elles comprennent trois théories, toutes incriminant la muqueuse utérine comme élément constitutif, mais différant entre elles

par la manière de propagation de cet élément dans les régions où il va se développer.

a) *Théorie endométriale par propagation directe.* — D'après cette théorie, les endométrïomes seraient le résultat d'une expansion de la muqueuse utérine dans la profondeur du muscle.

Formulée par Oldham en 1884, elle acquiert une base solide par les travaux de Cullen (1887) qui s'est fait le véritable champion de cette théorie. Elle repose sur des arguments dont il est inutile de contester la valeur.

R. Meyer (1904) apportait comme preuve de la nature acquise des diverticules épithéliaux, le fait que, sur plus de cent utérus de fœtus ou d'enfants, il n'a jamais rencontré de formations adénomyomateuses.

Cullen a démontré définitivement la continuité des éléments adénomyomateux et la muqueuse utérine. Dans son livre (1908), il écrit que sur 56 cas d'adénomyomes diffus du corps, des coupes systématiques avaient montré 55 fois une continuité entre l'adénomyome et la muqueuse utérine.

L'image histologique de l'endométrïome ressemble tout à fait à la muqueuse utérine.

Cullen a également prouvé l'identité physiologique des éléments adénomyomateux et la muqueuse utérine (réaction menstruelle, transformation déciduale).

Ces travaux mirent bien en évidence la relation intime qui existe entre l'adénomyome et l'utérus, et le pouvoir infiltrant que peut acquérir la muqueuse utérine. Celle-ci peut donc indubitablement envahir le

myomètre en un point déterminé, et donner naissance à des adénomyomes utérins.

La théorie endométriale directe explique bien les endométriomes utérins; elle n'explique pas les endométriomes extra-utérins. Pour ceux-ci, les partisans de cette théorie acceptent l'origine müllérienne.

b) *Théorie endométriale par greffe.* — Cette théorie fut émise en 1922 par Sampson en Amérique. Peu de temps après, les recherches de Donald (Angleterre) et de Lauche (Allemagne) ont contribué à l'édifier.

Sampson pense que dans certains cas, et sous certaines conditions (polypes intra-cavitaires, rétroversions, fibromes, contractions anti-péristaltiques), le sang menstruel, contenant des particules de la muqueuse utérine, peut refluer à travers les trompes dans la cavité abdominale; là ces éléments glandulaires et conjonctifs de l'endomètre peuvent se greffer à n'importe quel endroit de la séreuse, y prendre racine, proliférer et donner naissance aux formations adénomyomateuses.

Mais l'endroit de prédilection serait l'ovaire; là, les éléments détachés de l'endomètre, participant régulièrement à la menstruation, deviennent peu à peu kystiques, formant les fameux kystes hémorragiques ovariens. Ces kystes ovariens, à leur tour, peuvent se rompre et des particules de leur paroi épithéliale iront s'implanter secondairement dans tout le péritoine pelvien.

Sampson admet que, pour prendre racine, ces particules de muqueuse ont besoin d'un terrain propice.

La théorie de Sampson compte plusieurs défenseurs. Elle repose sur des preuves d'ordre cliniques et expérimentales. Nous ne discuterons pas ici la valeur de cette théorie, car elle ne prétend s'appliquer qu'aux endométriomes extra-utérins.

c) *Théorie endométriale par embolie lymphatique.*

— Halban (1924) a proposé l'hypothèse que la muqueuse utérine peut s'hyperplasier considérablement dans sa couche basale, et s'infiltrer entre les lamelles musculaires (adénomyomatose utérine). Les glandes utérines, après avoir envahi la musculature, pénètrent dans les canaux lymphatiques, d'où ils gagnent les ganglions et peuvent essaimer dans toutes les directions.

Gricouroff constate que sur des coupes de ganglions pelviens, il a observé des formations tubulaires qu'il pense être des glandes d'origine endométriale. Cet auteur étend à la presque totalité des endométriomes la théorie lymphatique de Halban.

Si cette théorie peut expliquer la présence de certaines formations endométrioïdes, elle se heurte à de puissantes objections.

Tous les histologistes contemporains sont unanimes à constater que les capillaires lymphatiques se terminent par des culs-de-sac absolument clos. D'autre part, R. Meyer n'a jamais constaté sur des milliers de coupes, l'irruption de la muqueuse hyperrégénérée dans les canaux lymphatiques.

Pour Halban, la voie lymphatique est tout à fait possible comme voie de transport, ainsi que cela se voit

pour la métastase des cellules choriales. Si ceci est exact, il faudrait une destruction des cellules choriales pour que ces éléments puissent pénétrer dans les vaisseaux lymphatiques. Or, une différence essentielle entre les tumeurs malignes et l'endométriome est précisément que ce dernier n'a aucun pouvoir histolytique sur l'endothélium.

2° *Théorie péritonéale métaplasique ou théorie séreuse.* — La cellule plate endothéliale se transforme en cellule cylindrique à cils vibratils sous une influence locale.

Cette théorie, introduite par Ivanoff (de Moscou), a surtout été défendue par R. Meyer.

Elle est née de la constatation que les adénomyomes sous-péritonéaux ont des rapports immédiats et habituels avec la séreuse péritonéale.

Elle repose également sur le fait que de nombreuses coupes ont pu montrer la continuité entre l'adénomyome et la séreuse. Amman, Meyer, Renisch, Sitzenfrey ont montré dans des coupes très nettes, la formation des éléments glandulaires aux dépens de l'endothélium péritonéal.

Il s'agit, en somme, d'une véritable métaplasie de cellules endothéliales du péritoine transformées en cellules cylindriques analogues à celles des tubes adénomyomateux.

La valeur de cette théorie, basée sur des observations histologiques, ne peut pas être contestée. Cependant, Polster (1926) émet des doutes. Pour lui, cette métaplasie n'a pas été prouvée d'une manière évidente.

3^o *Théorie folliculaire métaplasique.* — King (1931) fait du kyste folliculaire ovarien la base des formations endométrioides. Il part de l'axiome : « La similitude morphologique et souvent physiologique, ne doit pas être synonyme d'identité. » D'après lui, des tissus, d'un type apparemment identiques, peuvent se trouver à distance sans qu'il soit question de transplantation (stratification de l'épithélium bronchique ou présence de glandes de type gastrique dans la vésicule biliaire).

La présence du chorion cytogène n'implique pas une origine utérine, puisqu'il peut se rencontrer dans certains néoplasmes glandulaires.

La réaction déciduale a été décrite dans de nombreux organes au niveau des régions sous-péritonéales.

L'hémorragie qui occupe les kystes ovariens est plutôt le fait d'un processus lutéinique que d'un processus endométrial.

Enfin, l'auteur constate l'apparition d'une couche épithéliale en bordure de la lumière des follicules de de Graaf en voie d'atrésie. De nombreux auteurs signalent également l'existence de revêtements épithélial interne des kystes folliculaires et lutéiniques. Pour tous ces auteurs, les éléments épithéliaux du revêtement interne du follicule se développent *in situ* à partir des cellules de la granulosa.

Tout récemment, P. Isidor, se basant sur plusieurs coupes histologiques d'un kyste chocolat de l'ovaire conclut que dans l'observation en question, le follicule de de Graaf était le point de départ d'un kyste hématique endométrioides de l'ovaire. Il s'appuie aussi

sur l'apparition d'un revêtement épithélial appliqué sur la face interne de la granulosa, d'un follicule atrétique, les modifications et le polymorphisme du revêtement d'un kyste hématique nettement enveloppé des deux thèques folliculaires, les variations de texture du stroma sarcomatoïde qui peut, en certains points, évoluer vers le type du chorion endométrial et en d'autres le contrefaire.

Lorsque ces kystes ne présentent plus la structure folliculaire, King observe cependant un revêtement thécal des plus nets, qu'il retrouve à la périphérie des kystes chocolats typiques. L'auteur affirme la métaplasie endométriale de la couche interne de la granulosa des follicules atrétiques.

King explique la présence de formations endométrioïdes sur le péritoine pelvien par la rupture de ces kystes ovariens qui essaient des lambeaux de leurs parois desquamées dans la cavité pelvienne. L'auteur n'admet sa théorie que pour certaines localisations; pour d'autres (ombilic), il reconnaît l'origine séreuse. Quant à l'endométriome utérin, il se contente de dire qu'il faut chercher une autre hypothèse. On peut faire rentrer l'adénomyome utérin dans le cadre de cette théorie en acceptant l'explication de Novak, qui est la suivante : l'éclatement menstruel d'endométriomes ovariens d'origine autochtone libérerait des débris muqueux qui, par l'orifice abdominal, pénétreraient dans la trompe et iraient se greffer sur la paroi tubaire et utérine.

Porte pense que son cas confirme l'hypothèse de King, et que dans certains cas l'origine de certaines

formations endométrioides est le follicule atrétique ou le kyste lutéinique dont la structure se modifie sous une influence hormonale ou inflammatoire.

King incrimine la dysfonction ovarienne qui peut être déviée qualitativement ou quantitativement. Il cite trois cas d'endométriose associée à des tumeurs ovariennes.

*
* *

Quelle que soit l'origine première de l'endométriose, la plupart des théories admettent une action excitante qui mettrait en route la prolifération de l'élément endométrial et son envahissement du myomètre.

On a incriminé deux facteurs dans la réalisation de cette prolifération.

1° Processus régénératifs consécutifs à une blessure ou une inflammation. Robert Meyer a beaucoup insisté jadis sur la coexistence de l'inflammation. On se basait sur les lésions associées, en particulier, la salpingite subaiguë ou chronique d'origine gonococcique ou tuberculeuse, et sur le contenu intraglandulaire et intratubaire en apparence identique.

Ce rôle de l'inflammation est évident pour Michon et Comte, qui, dans certaines rétroversions adhérentes, ont trouvé, au-dessus de la surface endothéliale irritée, des îlots adénomyomateux.

Quant à l'influence du traumatisme, Robert Meyer a signalé la présence d'éléments myomateux dans l'utérus et dans la paroi abdominale autour des fils de soie

d'une ventro-fixation. Frankl prétend que les curettages plus fréquents faciliteraient à leur tour cette prolifération intramusculaire des glandes. Il a constaté que sur 13 de ses malades 2 avaient subi des curettages.

Mais, alors que l'inflammation peut agir dans quelques cas (adénomyomes des cornes, autrefois appelé salpingite nodulaire isthmique), il existe de nombreux cas d'adénomyomes où on ne peut déceler aucune trace bien évidente d'inflammation.

En effet, des recherches les plus récentes de R. Meyer et de son collaborateur Kitai (1924-1925), il ressort que l'inflammation ne jouerait aucun rôle dans l'adénomyome utérin. Robinson, lui aussi, n'a pu constater aucun des éléments caractéristiques de l'inflammation : ni leucocytose, ni destruction cellulaire, ni processus de réparation.

Quant à la fréquente coexistence de lésions microkystiques de l'ovaire, elles relèvent plutôt de troubles hormonaux que de l'inflammation.

Il est intéressant de constater que ces lésions, lorsqu'elles existent seules, se manifestent cliniquement par la même triade symptomatique que l'endométriose : douleurs, hémorragies, stérilité.

2° Dysfonction ovarienne. Elle serait la cause provocatrice de l'endométriose.

En effet, c'est la seule tumeur dont la croissance soit intimement liée au fonctionnement d'une glande endocrine. Née au cours de la vie génitale, elle parcourt généralement, comme la muqueuse utérine, toutes les

phases du cycle œstrien, pour régresser au moment de la ménopause. On peut donc dire : sans ovaire, pas d'endométriome.

Lauche (1923) fait jouer à l'ovaire un rôle capital. « L'épithélium péritonéal », dit-il, « altéré par l'inflammation ou modifié par d'autres facteurs inconnus, est transformé, sous l'influence de la sécrétion interne de l'ovaire, en muqueuse utérine. Il se produit d'autre part une transformation de la couche cellulaire sous-séreuse en stroma typique de la muqueuse utérine ». Oberling (1924), à l'appui de l'action de l'ovaire, cite le cas d'endométriome diffus de Shickelé, où la castration amène la guérison.

Robert Meyer nous propose une nouvelle interprétation du mécanisme de l'intervention de l'ovaire. Il part du fait que l'endomètre se trouve constamment sous l'influence de l'ovaire et que, chez l'adulte, sous l'influence du corps jaune, lors du manque de fécondation, l'endomètre est obligé, tous les mois, de se régénérer.

Cette régénération, par suite d'une sollicitation trop fréquente peut facilement se transformer en une hyperrégénération, phénomène qui, selon Meyer, se constaterait chez toutes les femmes arrivées à la fin de la période d'activité sexuelle. Or, l'adénomyomatose est précisément une maladie observée le plus souvent à cet âge.

Cette hyperrégénération amène une hyperplasie glandulaire basale qui, pour ainsi dire physiologique, se caractérise essentiellement par l'agrandissement et l'allongement des éléments glandulaires qui s'infiltrant

entre les faisceaux musculaires adjacents. Ce serait là le début de la prolifération hétérotopique.

Reste à établir pourquoi ce phénomène ne se produit pas chez toutes les femmes et seulement dans certains cas. Meyer ne donne pas une réponse nette à cette question. Waegeli pense que l'on pourrait invoquer une certaine prédisposition de la musculature utérine elle-même, liée à une affection constitutionnelle fréquente, l'infantilisme génital, dont l'une des marques est connue comme étant précisément l'hypoplasie, soit une faiblesse particulière de la musculature favorisant l'intrusion du tissu glandulaire entre les éléments.

Des travaux récents d'ordre expérimental et clinique montrent le rôle de l'hypersécrétion de l'hormone folliculaire dans la formation des endométriomes.

Zaleski (1937) a montré la possibilité de la production d'adénomyosis expérimental par des injections sous-cutanées et répétées de folliculine chez des lapines dans des segments de corne utérine transplantés sous la peau de l'oreille.

L'injection de Prolan B ou de la sympathectomie (excision du ganglion cervical) donnent les mêmes résultats.

L'auteur explique la formation de ces foyers par :

1° La dilatation des vaisseaux jointe à l'augmentation des hormones sexuelles dans les segments greffés de la corne, dues à des troubles de l'action régulatrice du système nerveux sympathique.

2° La production plus abondante et l'action des hormones sexuelles après copulations réitérées.

3° La résistance diminuée dans la corne greffée des muscles utérins qui ne peuvent efficacement résister à la pénétration en profondeur de l'épithélium poussé à l'hypertrophie par une surproduction des hormones sexuelles circulant dans les vaisseaux de la corne transplantée du côté de la sympathectomie.

4° Une hyperémie considérable et un œdème des tissus du côté de sympathectomie, pouvant ainsi faciliter la pénétration de l'épithélium à l'intérieur des tissus sous-jacents.

Gleave a également démontré que chez des lapines, la présence du principe œstrogène est essentielle pour maintenir la lésion.

Après castration, la greffe de muqueuse utérine ne réussit pas (Lauche, Loeb, Stilling, Jacobson).

Une étude clinique importante a été faite par Jeffcoate et Potter. Elle porte sur 113 cas d'endométrioses. Le but de ces auteurs était de déceler dans chaque cas le mode de la dysfonction ovarienne qui se traduit par une hypersécrétion folliculaire.

Or, il y a deux conditions dans lesquelles l'ovaire peut sécréter des quantités anormales de l'hormone folliculaire.

1° L'absence d'ovulation avec formation d'un ou plusieurs kystes folliculaires persistant pendant toutes les phases du cycle menstruel, telle qu'on l'observe

dans la métropathie hémorragique. Dans ce cas, du fait de l'absence de rupture folliculaire, la formation du corps jaune fait défaut, et la lutéine n'est pas sécrétée pendant un temps plus ou moins long.

2° La maturation trop fréquente, souvent de plusieurs follicules à la fois, qui amène la formation rapide d'un ou plusieurs corps jaunes de même âge, avec production excessive de folliculine et de lutéine. Quelquefois, on rencontre des kystes folliculaires. Le cycle entier, de maturation folliculaire, d'ovulation et de formation du corps jaune, est raccourci. Cet état répond précisément à l'histoire clinique de pertes menstruelles fréquentes (épiménorrhée). A cette condition, Cannon a donné le nom, le type « hyperfolliculaire » de dysfonction ovarienne.

En effet, les auteurs constatent que la majorité des malades souffraient d'une affection s'approchant de très près de la métropathie hémorragique. Dans quelques cas seulement, ils ont trouvé une dysfonction ovarienne du type hyperfolliculaire. En outre, il ressort des recherches de Jeffcoate et Potter que la dysfonction ovarienne est la cause et non le résultat de l'endométriose. La majorité des malades présentaient une irrégularité de règles accompagnée de stérilité longtemps avant l'opération. Dans beaucoup de cas, les ménorragies ou métrorragies existaient avant l'apparition de l'endométriose. Dans quelques cas, les malades avaient subi une opération pour kystes folliculaires de l'ovaire.

Il est un principe établi en gynécologie, que les tu-

meurs ovariennes, à l'exception des folliculomes et des tumeurs malignes avancées et bilatérales de l'ovaire, produisent exceptionnellement un dérèglement du cycle menstruel. Mais, dans presque tous les cas étudiés par les auteurs, la déviation du rythme ovarien est de règle, que la glande génitale soit touchée ou non. En effet, les auteurs constatent que dans 40 % des cas, les ovaires restent sains.

Dans le diagnostic de 34 cas d'endométriomes utérins, les auteurs ont éprouvé une très grande difficulté à distinguer l'hyperplasie de l'endomètre des endométriomes tout au début. L'existence de cette difficulté montre qu'il n'y aurait pas une différence essentielle entre la pathologie et l'étiologie de ces deux affections.

Or, les travaux de Schroeder, R. Meyer (Allemagne), Shaw (Angleterre), Fluhmann, Novak, King, Burch, Witherspoon (Amérique) ont nettement établi que l'hyperplasie de l'endomètre est due à la persistance de multiples follicules avec suppression du corps jaune. Ce trouble endocrinien se traduit par une hyper-sécrétion folliculaire au niveau de l'ovaire, et par un état permanent de la phase prolifératrice au niveau de l'endomètre utérin.

De plus, la coexistence fréquente de fibromes avec l'hyperplasie de l'endomètre et l'endométriome, fait que Witherspoon attribue la même cause hormonale aux trois affections. « L'action de cette hormone, dit-il, n'est pas limitée à la muqueuse utérine, mais agit sur tout le tractus génital. Lorsque cette action de l'endomètre est anormale, elle cause l'hyperplasie de l'endomètre. Mais cette action anormale se fait aussi sentir sur le myomètre, où elle provoque la métaplasie

des fibres musculaires lisses de l'utérus et le développement ultérieur de fibromes utérins. De même, l'excès de l'hormone folliculaire, agissant soit par une métaplasie de cellules endothéliales du péritoine, soit par une prolifération des implantations endométriales aberrantes, donne lieu à la formation des endométriomes. »

Au point de vue clinique, ces trois affections présentent deux symptômes qui leur sont communs : les ménorragies et la stérilité.

Notre maître, M. le Professeur Hamant, constate également la fréquence de l'endométriose isthmique coexistant avec le fibrome utérin. Souvent aussi, il a trouvé, simultanément, des kystes du corps jaune et une hyperplasie importante de la muqueuse utérine.

Il conclut que certains états endométrioïdes (adénoses, adénomyoses) relèvent probablement de la même pathogénie que l'hypertrophie de la muqueuse utérine, imputable, à son avis, à un dysfonctionnement du complexe endocrinien utéro-ovarien.

Cette étude pathogénique montre la complexité du problème. La multiplicité des théories en est une preuve.

Cependant, de cette revue d'ensemble, on peut dégager certaines notions qui doivent guider les futures investigations.

Tout d'abord, nous pensons qu'il faut éviter d'invoquer, pour chaque localisation d'adénomyome, des origines spéciales. Toute théorie admissible uniquement pour les endométriomes d'une localisation déter-

minée est forcément insuffisante. A toutes ces tumeurs adénomyomateuses de structure et de fonction identiques, il faut s'efforcer de trouver une origine unique, pouvant s'appliquer à toutes les localisations.

La théorie péritonéale métaplasique a l'avantage d'être d'une application générale. Elle repose sur ce fait, bien mis en évidence par Oberling, que tous les endométrïomes extra-utérins se développent dans des régions où le péritoine peut être mis en cause. A l'appui de cette conception viennent les données expérimentales de Léon Binet et Verne (1927) et les constatations de von Ettinger (1920) sur la formation des endométrïomes utérins aux dépens des tubes épithéliaux nés de la surface péritonéale de l'utérus et qui pénètrent le myomètre voisin.

La théorie endométriale par propagation directe, bien que d'une application plus limitée, repose néanmoins sur la constatation de Cullen de la continuité de la tumeur avec la muqueuse utérine. On ne peut donc pas nier une preuve aussi directe et importante.

Cependant ces deux théories peuvent être associées. La théorie péritonéale n'est pas incompatible avec la théorie muqueuse, étant donné que la cellule endothéliale du péritoine et l'élément épithélial de la muqueuse reconnaissent tous deux une même origine.

En second lieu, quelle que soit la source primaire de l'élément endométrial, le développement de la tumeur est dû à une dysfonction ovarienne et très vraisemblablement du type hyperfolliculaire.

Ce trouble ovarien expliquerait la fréquence de prolifération fibro-musculaire et endométriale coexistant avec l'endométriose.

Symptomatologie

Si l'examen histologique a une valeur capitale dans l'étude de l'endométriome, la clinique en a une autre qu'il ne faut pas négliger.

Les caractères cliniques découlent des influences physiologiques que subissent tous les endométriomes; en particulier des phénomènes hémorragiques dont ils sont le siège au moment de la menstruation, qu'il s'agisse d'hémorragies externes, qu'il s'agisse au contraire d'hémorragies intra-tumorales, d'où dépendent l'augmentation de volume et la douleur prédominante au moment des règles que l'on retrouve dans l'histoire clinique des endométriomes.

Le type de douleurs observé peut être de deux ordres : ou bien douleurs aiguës par extension brusque ou rupture des kystes élaborés au niveau de la tumeur; ou bien douleur progressive due à l'extension lente des lésions, à la fusion des kystes l'un dans l'autre, à l'élaboration des adhérences au pourtour de la tumeur; ces adhérences englobent les organes circonvoisins et entraînent des phénomènes de tiraillement et de compression (vessie, rectum).

La malade est presque toujours une femme entre 30 et 50 ans, donc dans la période d'activité génitale.

Les auteurs allemands lui attribuent un habitus infantile ou tout au moins une hypoplasie génitale, que nous ne trouvons pas confirmé par les observations que nous avons réunies.

I. — SYMPTÔMES FONCTIONNELS.

1° *Douleurs.*

Les douleurs constituent sans conteste le symptôme capital par leur fréquence, leur acuité et leur précocité (c'est très souvent le premier signe en date). Elles font rarement défaut. Nous les retrouvons dans 27 de nos observations.

Le début des douleurs varie suivant les cas. Chez quelques malades, c'est dès l'installation des premières règles que la dysménorrhée fait son apparition (Obs. XIII, XVIII, XXII, XXIII) ; chez d'autres, elle se manifeste plus tardivement. Dans certains cas, peu nombreux d'ailleurs, les malades font remonter l'origine aux suites d'un accouchement (Obs. III, XIV), d'une fausse couche (Obs. VIII, XXII, XXVII), d'un curetage (Obs. III).

Le début est habituellement insidieux. Les douleurs ont un caractère progressif, s'accroissant de menstrue en menstrue. Beaucoup plus rarement, la maladie peut débiter brusquement par une crise douloureuse aiguë (Obs. V).

Le principal caractère de ces douleurs est d'être en relation étroite avec la menstruation : elles se présen-

tent toujours comme une dysménorrhée douloureuse.

Elles surviennent généralement un à trois jours avant les règles et se prolongent pendant toute leur durée. Parfois elles sont post-menstruelles et peuvent persister de 10 à 15 jours. Ordinairement la malade ne souffre que pendant la période menstruelle. Si elle souffre dans l'intervalle, ses douleurs sont très fortement exagérées au moment des règles.

L'allure des douleurs varie depuis la simple pesanteur au bas-ventre jusqu'aux douleurs d'une intensité peu commune. La dysménorrhée douloureuse peut être atroce, intolérable, obligeant certaines malades à garder le lit à chaque période menstruelle.

a) *Douleurs abdominales.* — Ce sont, le plus souvent, des douleurs abdominales à type spasmodique : sensation de pesanteur dans le bas-ventre, région hypogastrique ou fosses iliaques, avec de temps en temps des paroxysmes, des crampes ou des tiraillements.

b) *Douleurs pelviennes.*

1° Douleurs rectales : sensation de pesanteur, de faux besoins, de pressions douloureuses sur le rectum, de tiraillements, avec, parfois, des irradiations dans les cuisses ou les jambes.

Ces douleurs sont exacerbées par la marche, les fatigues, parfois par la position assise et surtout par la défécation. Celle-ci devient très pénible, et s'accompagne d'épreintes et de douleurs.

On peut même observer le syndrome typique d'une occlusion intestinale brusque (Obs. VIII).

Ces troubles sont encore intimement liés à la menstruation. Inexistants ou très atténués dans l'intervalle des règles, ils apparaissent ou s'exacerbent vers la fin de la période prémenstruelle, et s'atténuent ou disparaissent à la fin de l'écoulement menstruel.

2° Douleurs vésicales. — Parfois la malade éprouve du ténésme vésical, accompagné de quelques troubles dysuriques et d'envies fréquentes d'uriner. D'autres fois, la malade vient consulter pour une crise de rétention d'urines (Obs. XXIV, XXXIII).

c) *Dyspareunie*. — Toute pression exercée sur la tumeur est généralement très mal supportée par les malades. Aussi, la douleur au coït ou dyspareunie peut-elle s'observer, surtout quand la tumeur est localisée au col (Obs. XIII, XXXVII). Cette douleur est parfois très violente, rendant toute relation sexuelle impossible.

d) *Douleurs lombaires*. — Elles sont moins intéressantes. Leur valeur séméiologique est à peu près nulle, car les tiraillements lombaires sont d'observation courante dans toutes les affections génitales de la femme.

Dans certains cas d'adénomyomes, la douleur lombaire peut cependant présenter un certain intérêt; c'est lorsqu'elle relève d'une distension pyélique par compression urétérale.

2° *Troubles menstruels.*

Les troubles menstruels constituent le deuxième symptôme fonctionnel des endométriomes utérins, et, quoique moins fréquents que les douleurs, font partie du syndrome habituel de ces tumeurs. Nous ne les retrouvons dans nos observations que dans 11 cas sur 37, soit dans 33 % des cas. La proportion donnée par les auteurs (Allen, Jeffcoate et Potter) varie de 31 à 72 %.

Les hémorragies apparaissent habituellement en même temps que la dysménorrhée. Elles peuvent parfois même passer au premier plan et amener les malades à consulter.

En règle générale, les pertes de sang sont exagérées, et se présentent sous l'aspect de ménorragies (7 observations). Les règles augmentent progressivement d'abondance et de durée, de sorte que certaines patientes ont des hémorragies menstruelles profuses durant parfois douze à quinze jours.

D'autres malades ont des pertes sanglantes intermenstruelles (4 observations), mais ce type métrorragique correspondrait généralement à un stade plus avancé de la lésion, de sorte qu'il succède et se superpose à des hémorragies du type ménorragique.

Ces pertes intermenstruelles sont constituées par du sang foncé, noir, ou par un liquide gluant dont la coloration brunâtre dénote un sang profondément altéré. Elles sont généralement peu abondantes, se limitant à un léger suintement, tantôt intermittent, tantôt continu ou presque continu.

3° *La stérilité.*

Diverses statistiques établissent qu'une forte proportion des femmes atteintes d'endométriome seraient stériles (Jeffcoat et Potter, 45 % ; Herd, 58 % ; Allen, 60 %). Dans nos observations, nous avons trouvé 12 cas de stérilité absolue, 5 cas de stérilité relative (la dernière grossesse remontant de 7 à 23 ans) et 5 cas non précisés. Si nous réunissons les deux groupes de femmes stériles, nous trouvons une proportion de 55 % des cas.

Cette stérilité peut être primaire ou secondaire. Il semble que les malades cessent de l'être après guérison. Van Tongeren signale deux cas où, après l'opération pour endométriome, les femmes sont devenues enceintes alors qu'elles étaient stériles auparavant.

Pourtant la grossesse peut coïncider avec l'endométriome, et même (un cas de Döderlein) se développe dans la tumeur même. Le plus souvent les malades ont déjà présenté une ou deux grossesses avant de s'apercevoir de cette tumeur.

La cause de cette stérilité est interprétée par King, Jeffcoat et Potter comme étant due à une absence d'ovulation, à son tour provoquée par une dysfonction ovarienne.

4° *L'état général*, le plus souvent, n'est pas touché.

II. — SIGNES PHYSIQUES.

Au toucher vaginal, on constate que l'utérus est habituellement augmenté de volume, très fréquemment rétro-dévié et fixé, dans quelques cas même, intimement adhérent au rectum. La tumeur est souvent dure, diffuse et mal limitée.

Il y a parfois des lésions annexielles concomitantes et presque toujours bilatérales : gros ovaires, souvent kystiques, trompes épaissies. Dans certains cas (adénomyomatose utérine simple), les altérations annexielles peuvent faire complètement défaut.

L'hypertrophie cyclique anormale de l'utérus dans les jours qui précèdent les règles et sa régression post-menstruelle serait pour Halban un signe pathognomonique (Obs. XXXV et XXXVI). Pour le chercher, il faudrait, qu'ayant songé à l'adénomyomatose, on procède à un nouvel examen au cours de la phase pré-menstruelle ou bien qu'ayant examiné la malade à la veille de ses règles, on l'examine à nouveau une fois l'écoulement terminé.

Enfin, lorsque la tumeur siège au niveau de l'isthme ou du col utérin, la constatation de noyaux assez durs sur les ligaments utéro-sacrés, dans le Douglas ou sur le rectum a une valeur importante.

Diagnostic

Il s'agit, en somme, d'un tableau clinique peu important en général, et qui, de plus, n'a rien de très caractéristique. Cette étude symptomatique fait bien ressortir les difficultés du diagnostic clinique. Pourtant, ces symptômes, selon Cullen et Sampson, seraient tellement caractéristiques dans leur ensemble, qu'ils ont posé le diagnostic exact dans plus de la moitié des cas. Toutefois, les auteurs européens sont moins affirmatifs et beaucoup pensent qu'on ne pourra guère faire qu'un diagnostic de probabilité.

L. Seitz, dans une merveilleuse étude d'ensemble sur la question, insiste sur cette difficulté du diagnostic. Pour lui, la ligne de conduite est la suivante : lorsqu'on se trouve en face d'une femme entre 30 et 45 ans, présentant une hypertrophie prémenstruelle exagérée de l'utérus, avec diminution de volume postmenstruel, sans noyaux myomateux, ni autre état pathologique, l'idée d'un endométriose utérin doit venir à l'esprit, et alors procéder à la recherche d'autres signes (dysménorrhée croissante, hémorragies atypiques).

Trouve-t-on une hypertrophie modérée d'un utérus à surface irrégulière, bosselée, aussitôt l'augmentation

excessive de volume doit faire penser à un adénomyome.

Enfin — et c'est le cas le plus souvent — quand on trouve les différences énormes de volume au cours de différents examens, aussitôt il faut songer à situer ces variations de volume dans le cycle menstruel, ce qui sera un grand pas vers le diagnostic de l'affection.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

L'endométriome utérin se prête à la confusion avec d'autres affections, et par conséquent le diagnostic différentiel s'impose.

1° C'est avec *le myome* qu'on confond le plus souvent l'endométriome utérin. Pour ne donner qu'un exemple, Cotte et Trillat, à propos de 10 cas, ont pu penser à l'endométriome chez trois malades avant l'intervention; dans tous les autres cas, ils ont fait le diagnostic de myome. Ceci ne doit pas nous étonner, étant donné que l'âge et la plupart des symptômes sont communs aux deux affections. Le diagnostic est d'autant plus difficile que le myome accompagne souvent l'endométriome. Toutefois, l'augmentation cyclique de l'utérus ne s'observe pas dans le myome.

2° *Les inflammations chroniques* des annexes s'accompagnant de dysménorrhée seront facilement confondues avec l'adénomyome du col ayant intéressé le cul-de-sac de Douglas. On fera, avec probabilité, le diagnostic différentiel en faveur de l'endométriome, quand on aura pu éliminer l'existence d'une infection

blennorragique, d'une fausse couche ou de suite de couches septiques, quand un traitement conservateur n'aura pu amener de véritable amélioration des douleurs et qu'au contraire la dysménorrhée va croissante de mois en mois.

3° Le diagnostic différentiel se pose aussi avec la *dysménorrhée essentielle*. Celle-ci n'est pas aussi précoce, et la crise est plus courte, et souvent même, l'apparition de l'écoulement sanguin marque la fin des douleurs. De plus, dans la dysménorrhée liée à l'endométriase, les douleurs ont souvent le caractère de coliques expulsives comparables exactement à celles qui existent dans l'hématométrie, tandis que dans les dysménorrhées essentielles il y a souvent en même temps d'autres signes de plexalgie hypogastrique.

4° La *métropathie hémorragique* présente un tableau clinique à peu près analogue à celui de l'endométriome utérin. Dans beaucoup de cas, il est même impossible de distinguer histologiquement entre l'hyperplasie de l'endomètre et l'endométriome utérin tout au début. De plus, les deux lésions se trouvent fréquemment associées. Notons toutefois que la métropathie hémorragique s'observe en général chez des femmes plus jeunes.

5° Le *cancer* peut simuler l'adénomyose utérine, vu l'âge, le saignement, les douleurs et la nature souvent diffuse de la tumeur. Cependant, le caractère cyclique de ces symptômes dans l'endométriome, son évolution excessivement lente, sa rétrogression après la ménopause et la conservation de l'état général plaident en faveur d'une lésion bénigne, adénomyomateuse.

PRONOSTIC

Quoique l'endométriome présente certains caractères des tumeurs malignes, car il se propage sur place, il récidive et, d'après les dernières recherches de Regauds et Grigouroff, peut donner des métastases, il est considéré pourtant à la limite du malin et du bénin. Ces conclusions sont basées sur le fait qu'il ne tue pas, que son existence est plutôt un refoulement des organes avoisinants qu'une substitution, et que les métastases peuvent être considérées comme une manifestation normale, vu la mobilité et le greffage des cellules endométriales (Okynczic).

En ce qui concerne la dégénérescence cancéreuse possible de ces néoformations, nous avons vu qu'elle existe. Toutefois, cette transformation maligne constitue une grande exception.

Le pronostic *quo ad vitam* est bon, tout en nous rappelant que l'endométriome est lié à la période d'activité génitale de la femme, pendant laquelle il n'y a aucune tendance à la guérison, et que par les douleurs et l'hémorragie qu'il provoque, il crée une véritable infirmité à laquelle s'ajoute la stérilité fréquemment rencontrée.



Thérapeutique

Certains endométriomes, restant pratiquement silencieux, peuvent momentanément rester sans traitement, ou du moins, tout traitement peut être différé; tel est le cas d'endométriomes découverts chez des patientes en voie de ménopause chez qui la fonction ovarienne va en s'endormant.

Par contre, dès que l'endométriome manifeste les signes d'une prolifération active, que les symptômes qu'il entraîne sont gênants ou dangereux, il mérite une thérapeutique plus active.

Or, quelle que puisse être l'origine de la tumeur, sa croissance et sa régression sont intimement liées à l'influx ovarien.

Donc le problème du traitement de l'endométriome sera double :

- 1° Faire disparaître en tout ou en partie la tumeur;
- 2° Faire disparaître en tout ou en partie l'activité ovarienne.

Les moyens mis en œuvre sont surtout la chirurgie ou la radiothérapie.

Le choix des méthodes dépendra de facteurs multi-

ples : localisation et extension de la tumeur, âge de la malade, possibilité et désir de grossesse, désir de la patiente de garder tel ou tel organe, etc.

a) *Traitement médical.*

Le traitement médical a des indications très réduites. Les injections de corps jaune auraient donné une amélioration des symptômes subjectifs par la suppression de la menstruation (Daniel et Gerota).

b) *Rœntgenthérapie.*

Les rayons X ont été essayés, mais se sont montrés peu ou pas efficaces, même dans les cas d'adénomyomatose utérine simple. Elle n'est recommandée, comme mode de traitement qu'uniquement dans les cas où l'état général de la malade contre-indique toute opération.

Quoique Albrecht ait traité avec succès six cas par castration radiothérapique temporaire, les indications des rayons X restent exceptionnelles, d'autant plus que, à l'heure actuelle, un diagnostic précis est encore difficile à poser sans opération.

De plus, il est démontré qu'à un certain stade de son développement, l'endométriome ne peut plus être arrêté ou guéri par suppression de l'activité ovarienne.

Enfin, l'endométriome interne ne voit pas toujours s'arrêter les hémorragies malgré la castration. Celui de l'utérus, par sa situation, n'est pas accessible au curetage.

On peut donc conclure que la castration est toujours utile, elle est parfois insuffisante.

c) *Traitement chirurgical.*

Le traitement chirurgical doit rester l'arme thérapeutique d'élection. L'intervention précoce est indiquée dans tous les cas supportant l'opération, par suite de l'absence de toute tendance spontanée à la guérison, en dehors de la ménopause et de l'évolution progressive de l'endométriose avec formation d'adhérences qui créent de sérieuses difficultés techniques.

Si tous les chirurgiens sont d'accord sur l'utilité de l'intervention précoce, la discussion persiste pourtant quant à la tactique opératoire.

L'opération conservatrice a, à son appui, le fait que l'endométriose a une évolution bénigne et se développe habituellement chez des malades jeunes; en sorte que les chirurgiens qui admettent la grande fréquence des récidives (Okynczic), la préconisent eux aussi dans certains cas et spécialement dans les formes unilatérales. Elle aurait le grand avantage de pouvoir rendre à la femme — quand l'autre ovaire est sain — une période suffisante de fécondité, jusqu'à l'apparition d'une rechute éventuelle, qui n'est pas non plus constante. D'ailleurs, la fonction ovarienne influence le développement, mais non l'apparition de la tumeur. Les indications de l'opération conservatrice sont donc conditionnées par la petite étendue des adhérences et l'intégrité de l'ovaire opposé.

L'opération radicale a l'avantage d'assurer des guérisons définitives. Evidemment, ce radicalisme s'adresse à l'ovaire, mais non à la lésion, dont l'exérèse absolue

est souvent impossible sans risques. D'ailleurs, la tendance vers la guérison des restes de la lésion par suite de la castration est connue. L'opération radicale (l'hystérectomie subtotale) trouve ses indications à l'approche de la ménopause et surtout dans les lésions bilatérales à adhérences étendues, ainsi que dans l'association avec l'endométriose recto-vaginale.



CONCLUSIONS

I. — Les endométriomes sont des tumeurs bénignes, circonscrites ou diffuses, tantôt localisées à l'utérus, tantôt se manifestant en dehors de cet organe. Elles s'observent uniquement au cours de la période active de la vie génitale.

II. — La structure de la tumeur rappelle la muqueuse utérine et le stroma conjonctivo-musculaire sous-jacent, et participe à toutes les manifestations du cycle menstruel, d'où le terme « utérus en miniature », appliqué parfois à ces tumeurs.

III. — La pathogénie des endométriomes est encore très discutée. Mais quelle que soit la théorie admise, on pense actuellement que la dysfonction ovarienne probablement de type hyperfolliculaire jouerait un rôle important dans le développement de ces tumeurs.

IV. — La symptomatologie clinique n'a rien de caractéristique. Les signes habituellement observés

sont les ménorragies, l'algoménorrhée et la stérilité. Un fait important et presque pathognomonique de l'endométriome, c'est son accroissement de volume lors des menstruations.

V. — Le diagnostic clinique est très difficile à faire. La plupart des cas n'étant diagnostiqués qu'après examen histologique.

VI. — Le pronostic est bénin. La castration naturelle ou artificielle amène une régression de la tumeur. Actuellement, le traitement chirurgical est le seul efficace.



OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Professeur Binet, Soc. de Gynécologie et d'Obstétrique,
novembre 1937.

Mme L..., âgée de 52 ans, a été réglée à 14 ans et demi, régulièrement, sans douleurs. Elle n'a pas eu d'enfants, malgré un réel désir d'en obtenir. Pas de fausse couche.

Le 23 avril 1937, elle vient nous consulter car, depuis 18 mois, elle souffre de douleurs à caractère dysménorrhéique. Celles-ci débutaient quinze jours avant les menstrues et présentaient leur maximum d'intensité pendant la durée de leur écoulement. A ce moment-là, les crises douloureuses consistaient en coliques utérines avec irradiations dans la région lombaire et la racine des cuisses.

Le palper bi-manuel ne révèle qu'un peu de sensibilité au niveau des culs-de-sac.

Le spéculum ne montre qu'un col de petites dimensions sans lésions apparentes.

On institue alors un traitement médical, surtout diathermique. Un mois après, la malade ne note que peu d'amélioration dans son état. Elle souffre toujours.

On se décide à intervenir en vue de pratiquer une sympathectomie. Le 1^{er} mai 1937, on fait une laparotomie médiane sous-ombilicale. Cette ouverture montre la présence

d'adhérences multiples de péri-typhlite, péri-métrite et péri-annexite. Il existe un kyste folliculaire sur l'ovaire gauche de la grosseur d'une noix que l'on rompt. Sur la paroi antérieure de l'utérus et au niveau de la corne droite, on note la présence de deux petits fibromes de la grosseur d'une noix. On pratique une myomectomie. On ferme ensuite le ventre en quatre plans de suture après appendicectomie.

Les pièces opératoires sont envoyées au laboratoire du centre anticancéreux. M. le Professeur Hoche, qui pratique l'examen anatomo-pathologique nous répond : Structure d'adénomyome, actuellement dénommé endométriole.

Nous avons revu tout récemment la malade qui, bien qu'âgée de 52 ans, voit normalement ses règles tous les 24 jours et dont la durée est de 3 jours. L'algoménorrhée qui avait motivé l'intervention a disparu.

Cette observation montre, une fois de plus, la difficulté du diagnostic de l'endométriole; la symptomatologie ne montrant que la dysménorrhée et la stérilité.

Nous avons aussi cru ce cas intéressant au point de vue pathogénique en raison de la co-existence du kyste folliculaire. Ce fait, ne traduirait-il pas un trouble dans la sécrétion ovarienne, qui jouerait un rôle important dans la genèse de ces tumeurs ?

OBSERVATION II

Endométriole de la corne gauche. Serv. de Gyn. à Nancy.

Mme L. D..., âgée de 30 ans, réglée à 11 ans, règles irrégulières. Elle a eu deux enfants. Le dernier accouchement date d'août 1925.

Elle vient consulter le 25 mars 1931 pour des ménorragies abondantes et pour des douleurs abdominales très vives.

Au palper on constate les fosses iliaques douloureuses, surtout à droite. Le toucher révèle un col entr'ouvert, le

cul-de-sac de Douglas est douloureux et empâté. Les annexes gauches et droites sont sensibles. A l'examen au speculum on remarque un gros col ulcéré. On voit des caillots sanguins dans le vagin.

On fait le diagnostic de grossesse extra-utérine. Opération le 27 mars 1931. Laparotomie. A gauche, on trouve un kyste d'ovaire gros comme une mandarine et un hémato-salpinx. Le pavillon de la trompe saigne encore. On trouve du sang liquide assez abondant dans le Douglas. A droite, un petit kyste d'ovaire. On pratique l'ablation des annexes du côté gauche. A droite on se contente d'enlever une partie de la paroi de kyste pour ménager l'ovaire.

Le 22 octobre 1937, la malade revient nous consulter pour une dysménorrhée. A l'examen, on trouve l'utérus en position normale; le col est normal. Le cul-de-sac gauche est libre. A droite, l'ovaire est douloureux à la pression. On pense à une ovarite scléro-kystique.

Intervention le 17 novembre 1937. Laparotomie médiane. On trouve des adhérences multiples qu'on libère. Les annexes droites sont à peu près normales. Au niveau de la corne gauche, on trouve un petit noyau fibromateux de la grosseur d'une noix. On fait une excision.

Examen histologique : structure typique d'endométriome.

OBSERVATION III

Adénomyome des deux cornes. Clavel et Corajad.

Lyon Médical, 2, p. 167, 1934.

Il s'agissait d'une malade de 37 ans, qui, depuis 5 ans, présentait à la suite d'un accouchement des troubles des règles. L'enfant était mort un mois plus tard.

En avril 1933, la malade présente un retard de règles de 4 mois, suivi d'hémorragies abondantes ayant nécessité un curettage. En novembre 1933, nouveau retard de règles avec hémorragies, un second curettage est nécessaire,

Depuis ce moment la malade accuse des douleurs lombaires sourdes et continues.

En février 1934, les règles réapparaissent, abondantes, irrégulières, persistantes.

La malade entre dans le service et le toucher montre un utérus un peu gros, dont le col, hypertrophié, est criblé d'œufs de Nabotte. Les annexes gauches sont volumineuses.

La réaction de Wassermann est positive.

Le 27 février 1934, sous anesthésie générale, le docteur Clavel, après dilatation du col, pratique un toucher intra-utérin et sent une muqueuse un peu exubérante, mais pas de corps étranger.

Le fond utérin est suspect. Il est probablement le siège d'un fibrome.

Le 13 avril 1934, étant donné l'âge de la malade, l'incertitude d'un traitement radiothérapique, on pratique une hystérectomie abdominale totale.

L'examen de la pièce montre un utérus petit avec un adénomyome des deux cornes utérines, accompagné d'une annexite bilatérale.

A droite : ovarite kystique du volume d'une mandarine.

A gauche : hydrosalpinx.

OBSERVATION IV

Leuret. Endométriose de la corne utérine.

Gaz. Méd. de France, 1935.

Malade âgée de 26 ans. Douleurs pelviennes bilatérales par crises. Pertes blanches. Au toucher : salpingite ou hydrosalpinx bilatéral, plus marqué à droite.

A l'intervention, hydrosalpinx gauche du volume du pouce, endométriose de la corne utérine droite. Le diagnostic opératoire est confirmé par le laboratoire.

OBSERVATION V

Leuret. Endométrrome de la corne utérine (1935).

Malade âgée de 45 ans. L'affection a débuté assez brusquement douze jours avant par des douleurs pelviennes et abdominales basses. Nausées et vomissements bilieux. Fièvre, diarrhée. Les phénomènes aigus sont améliorés par la glace.

A l'examen, gros utérus irrégulier, fibromateux. Les deux culs-de-sac latéraux sont comblés, durs, douloureux.

A l'intervention on trouve deux petits fibromes, un sur le fond, un sur la corne droite. L'ovaire gauche est kystique. Hystérectomie fondique avec conservation de l'ovaire droit.

Examen histologique : endométrrome de la corne droite.

OBSERVATION VI

Leuret. Endométrrome de la corne utérine (1935).

Malade âgée de 36 ans, entre dans le service pour appendice et rétroversion. Souffre surtout à gauche au moment des règles. Douleurs lombaires. Mal réglée.

Le Mac Burney est très sensible. Au toucher vaginal, le col est normal, le cul-de-sac gauche plein et douloureux. On sent une grosse trompe. Le cul-de-sac droit est plus dégagé.

Diagnostic : appendicite. Salpingite gauche, peut-être tuberculeuse.

A l'intervention : salpingite bilatérale adhérente. Appendice adhérent.

L'examen histologique montre des lésions inflammatoires non tuberculeuses des annexes et un endométrrome de la corne utérine.

OBSERVATION VII

Cullen (T.-S.). Utérus bicorne avec adénomyome diffus de la corne droite. Grossesse tubaire droite. Adénomyome et hydrosalpinx tubaire gauche. Kyste important de l'ovaire gauche.

Mme H. T..., âgée de 36 ans, se plaignait d'une tumeur abdominale, douleurs dans l'hypogastre gauche et ménorragies. Elle fut admise à l'hôpital le 21 mai 1928.

Les règles étaient toujours régulières et duraient deux jours. Mais elle éprouvait une douleur hypogastrique à droite. Cependant, dernièrement les règles ont été irrégulières. Le début des dernières règles date du 25 février 1918. Pendant les mois de mars et avril, la malade constate une suppression complète des règles, alors que les douleurs du côté droit persistent toujours. Elle présente un écoulement sanguin le 1^{er} mai, qui dure un jour. Deux jours plus tard, un nouvel écoulement sanguin qui, cette fois, dure 7 jours. La patiente a été mariée deux fois, mais n'a eu ni enfants, ni fausses-couches.

A l'examen, on constate qu'il y a une tuméfaction faisant penser à un utérus myomateux remontant jusqu'à l'ombilic.

Opération le 28 mai. A l'ouverture du ventre, on constate que la trompe droite est augmentée de volume et accompagnée de péri-annexite. L'utérus est bicorne, et la corne droite est triplée de volume. La surface d'un de ces nodules est brunâtre et suggère l'adénomyome. Du côté gauche, on trouve un kyste ovarien qui remplit le bassin et qui est immobilisé par des adhérences. On fait une hystérectomie sub-totale.

Examen de la pièce : la corne droite présente deux ou trois bosselures à sa surface. Le nodule le plus grand, ainsi que le péritoine adjacent, présente une coloration rouille, ce qui fait instantanément penser à l'adénomyome. La face

antérieure de l'utérus, et surtout la face postérieure, présentent des adhérences multiples de périmérite.

La corne gauche est intimement réunie à la corne droite volumineuse. Mais à la section on observe que les cornes présentent des cavités séparées. Celles-ci s'unissent au voisinage de l'orifice externe.

La section de la corne gauche montre l'image typique de l'adénomyome. Toute la paroi utérine présente les éléments typiques de l'adénomyome. Elle est parsemée de kystes chocolat. On remarque aussi ces kystes, dans les nodules myomateux à la surface de l'utérus. Un grand nombre des éléments glandulaires sont en contact direct avec le muscle.

Les parois de la corne gauche sont normales. La trompe droite est remplie de sang organisé. L'ovaire gauche est transformé en un kyste multiloculaire, à parois très minces.

Examen histologique : sur les coupes faites en série, on voit les éléments caractéristiques de l'adénomyome.

OBSERVATION VIII

Rulland et Isidor. Adénomyose diffuse de toute la portion gauche de l'appareil génital. *La Gynécologie*, 1937.

Il s'agit d'une femme de 47 ans; a été réglée à 13 ans, régulièrement, sans douleurs. Les règles d'abondance normale, duraient trois jours. Elle a eu quatre enfants.

Un an après la naissance de son dernier enfant (il y a sept ans), après quelques jours de retard de règles, elle eut une métrorragie assez abondante qui dura une dizaine de jours. Elle attribue cet accident à une fausse-couche, bien que l'on n'ait jamais constaté d'œuf.

A partir de cette époque, ses règles furent abondantes, sans douleurs. Elles se prolongeaient souvent une semaine, avec expulsion de caillots pendant trois à quatre jours.

Elle n'a jamais eu de pertes de sang entre les règles, jamais de pertes blanches.

Il y a six mois environ, la malade a éprouvé une certaine gêne à aller à la selle, se manifestant par des coliques, plus violentes et plus fréquentes à gauche. Evacuation rectale deux ou trois fois dans la journée, surtout dans les jours qui précèdent l'hémorragie menstruelle.

Le 16 novembre 1936, après une de ces crises « intestinales », elle fit brusquement de l'occlusion intestinale avec douleurs très violentes, vomissement, ballonnement du ventre, arrêt complet des gaz.

Cette occlusion dura deux jours. Le troisième jour, à la suite de lavement et d'injection de prostigmine, elle évacua quelques gaz et l'intestin reprend son fonctionnement. Toutefois, la malade continue à souffrir d'un point assez précis dans la fosse iliaque gauche.

Les règles apparaissent le 19 novembre, amènent une détente notable, et c'est surtout à partir de ce moment que se rétablit le transit intestinal. La malade vient consulter le docteur Roulland le 7 décembre.

A l'examen, le ventre est souple, mais douloureux à gauche. Au toucher on trouve un utérus du volume de deux poings, légèrement dévié à gauche, mobile, douloureux au palper et à la mobilisation. Il existe un empâtement diffus à gauche. On n'arrive pas à isoler les annexes de ce côté. Les annexes droites sont normales. Une radiographie montre un gros intestin de calibre normal, qui s'injecte normalement; la partie haute de l'S iliaque fait un angle aigu où s'est produite certainement l'occlusion.

Intervention le 12 décembre. Laparotomie médiane. L'utérus apparaît volumineux, violacé, recouvert d'adhérences épiploïques, facilement décollables. La trompe gauche, volumineuse, est adhérente et comme accrochée à la partie haute de l'S iliaque qu'elle coude à angle aigu. Hystérectomie sub-totale.

La malade resta un mois au lit et sortit guérie,

L'examen histologique de la pièce opératoire montre l'aspect typique de l'adénomyome. Au contact du myomètre, les glandes tendent à pénétrer entre les faisceaux musculaires. Tout processus inflammatoire fait défaut.

OBSERVATION IX

Kaploune (Karkov). Hétérotopie endométrioïde multiple.

Gyn. i Accouch. (Moscou), 1934, p. 88-92.

Il concerne une femme de 40 ans, présentant depuis quatre ans une tumeur dans la région ombilicale qui augmente progressivement, s'endolorit pendant les règles et qui sécrète à cette époque des sécrétions brunes sanguinolentes depuis quelque temps.

La malade n'a jamais eu d'affection gynécologique. Les rapports sexuels ont commencé à l'âge de 32 ans. Cette femme n'a jamais été enceinte et depuis deux ans sa menstruation est douloureuse.

Le nombril fait saillie sous forme d'abricot, la tumeur étant dense, infiltrée, inégale, donnant l'impression d'un nodule à sa face antérieure, près du fond. Les annexes gauches sont pâteuses, peu mobiles, du volume d'une orange. Les annexes droites sont immobiles, du volume d'une prune.

A la laparotomie, on trouve un utérus correspondant à une grossesse de 7 semaines; sa surface est couverte d'épaississement blanchâtres et brunâtres; le fond contient une tumeur intramurale sous-séreuse, du volume d'un œuf de poule. A gauche et en arrière de la matrice se trouve un kyste élastique soudé au feuillet postérieure du ligament large et de l'anse sigmoïde. La trompe est épaissie, son orifice abdominal ouvert. L'anse sigmoïde porte une induration ayant la grandeur d'une pièce d'un franc. La paroi postérieure de l'utérus, le cul-de-sac postérieur, la surface de l'intestin, de l'épiploon sont couvertes de proliférations kystiques brunes foncées,

On fait une extirpation de l'utérus et des annexes. La tumeur ombilicale qui a poussé jusqu'au péritoine a été excisée. Suites opératoires normales.

L'étude macro et microscopique des pièces extirpées a montré une hétérotopie endométriôide multiple, développée à l'intérieur de l'utérus, sur et sous le péritoine, tout en présentant une localisation très rare à l'ombilic et à l'épiploon. Toutes ces productions participaient au cycle menstruel de la malade.

Revue au bout d'un an et demi, la malade fut trouvée en bonne santé.

OBSERVATION X

Thiersen (P.). Kystes utérins considérés comme une forme particulière des endométrioses. *Mschr. Geb. u. Gyn.*, janvier 1936.

Il s'agit d'une femme de 40 ans, de type asthénique, dysménorrhéique, opérée en 1915 pour une salpingite gauche et qui se plaint depuis 1933 de douleurs pelviennes. Grosse adénopathie inguinale bilatérale, météorisme abdominal.

Devant la symphyse et remontant jusqu'à l'ombilic, on perçoit une tumeur kystique, surtout douloureuse à droite. Au toucher, on sent, derrière l'utérus, une tumeur kystique, faisant saillir le Douglas, et resplissant tout le petit bassin. Une ponction du Douglas permet de retirer 300 cc. de liquide brunâtre, sans germe. L'état de la patiente empirant, on décide une laparotomie, qui montre une tumeur kystique, pédiculée. On résèque avec cette tumeur, un kyste de l'ovaire droit.

L'examen de cette tumeur montre deux petits kystes inclus dans la paroi. Le microscope révèle une couche épithéliale simple entourée partout de stroma muqueux cytogène épais. Dans les zones solides, on voit des proliférations endométriôides.

A chaque menstruation, la malade a dû faire des hémorragies dans le kyste et les glandes se sont transformées en kystes. La tension du liquide produisait des douleurs.

Tout ce tableau fait penser à l'adénomyosite utérine externe, véritable invasion de la muqueuse sous l'action de l'ovaire.

OBSERVATION XI

Leuret (J.). Endométrrome de la face postérieure de l'isthme.
Gazette Méd. de France, 1935.

Malade âgée de 50 ans. Souffre du bas-ventre depuis deux ans. Depuis six mois, douleurs plus marquées, pertes blanches.

A l'examen : utérus fibromateux, peu augmenté de volume. Gros col métritique. Un petit noyau dur est perçu à travers le cul-de-sac postérieur.

Ablation par voie vaginale du petit noyau.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un endométrrome.

OBSERVATION XII

Leuret (J.). Endométrrome de la face postérieure de l'utérus. *Gazette Méd. de France*, 1935.

Le diagnostic est polype du col et kyste dermoïde dans le Douglas. Myomectomie d'un fibrome postérieur dont l'examen histologique montre la nature véritable : endométrrome.

OBSERVATION XIII

Chartonnel et Darmaillacq. Endométrrome diffus du corps utérin. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1934.

G..., 39 ans, entre à l'hôpital le 28 février 1934. Elle présente depuis l'âge de 17 ans une vieille histoire de dysménorrhée douloureuse.

Huit jours avant les règles, apparaissent dans le bas-ventre des douleurs violentes à type de torsion profonde, sans irradiations, mais accompagnées de ténésme rectal et vésical.

Ces douleurs sont telles qu'elles obligent la malade à cesser toute occupation dans les huit jours qui précèdent les règles; elles se calment ensuite au moment où apparaissent les pertes de sang.

En dehors de cette dysménorrhée et de douleurs au coït extrêmement vives, la malade se porte bien dans l'interval de ses règles; il n'y a pas de perte de sang. Au toucher, l'utérus est en antéposition, un peu gros, de consistance très dure. Pas de douleurs à la mobilisation utérine, mais la pression directe est douloureuse.

Annexes douloureuses à gauche. Pas de masse dans le Douglas ou dans la cloison recto-vaginale.

On pense à un endométrrome ou à une dysménorrhée d'origine ovarienne.

A la laparotomie, l'utérus est un peu gros, rougeâtre; l'épiploon adhère à la paroi antérieure, bien qu'il n'y ait pas de lésions annexielles. A la partie postérieure, il existe un dépoli du péritoine avec de petits kystes bleuâtres, translucides, conglomérés, atteignant le volume d'un gros pois.

On pratique l'hystérectomie sub-totale.

Examen anatomo-pathologique (Prof. R. Sabrazev) : confirme la structure d'endométrrome.

OBSERVATION XIV

Cotte et Trillat. Endométrioïme utérin.

La Gynécologie, 1933.

Mme D..., 40 ans, vient pour faiblesse générale et troubles de compression pelvienne (surtout dysurie). Pas de ménorragies.

A l'interrogatoire, on apprend qu'à la suite d'un accouchement, les règles sont devenues douloureuses. Au toucher : utérus fibromateux remontant jusqu'à trois doigts au-dessus de la symphyse, relativement mobile.

Intervention le 28 décembre 1932. Rachianesthésie. Incision de Pfannenstiel. Pelvipéritonite du cul-de-sac de Douglas avec l'adhérence de l'S iliaque à l'utérus et aux annexes. Myome interstitiel du fond et de la paroi postérieure descendant jusqu'au niveau de l'isthme. Annexite kystique gauche ancienne. Castration gauche. Résection du fond utérin qui renferme un myome du volume des deux poings. (Hystérectomie sus-isthmique haute). Enucléation de deux autres noyaux du volume d'une noix. Suture à trois plans de la cavité utérine. Péritonisation avec le péritoine vésical. Annexes droite saines.

Examen de la pièce : le noyau principal présente à la coupe de petites cavités remplies de sang qui font penser immédiatement à de l'adénomyomatose. Un autre noyau, énucléé, présente des signes de nécrose (myome hortensive). L'histologie confirme le diagnostic d'adénomyomatose.

OBSERVATION XV

Cotte et Trillat. Adénomyome utérin. *La Gynécologie*, 1933.

Il s'agit d'une femme de 43 ans. Pas d'antécédents héréditaires. Aucune maladie dans l'enfance. Réglée à 14 ans

régulièrement. Mariée à 23 ans. Une fausse-couche à 3 mois et demi, six ans après. Opérée il y a dix ans pour grossesse extra-utérine gauche. Salpingectomie le 24 avril 1923.

Elle revient consulter en mai 1932, parce que ses règles sont plus abondantes. A l'examen, il semble qu'il y ait un petit myome du fond. En août, celui-ci a le volume d'une orange. Au mois d'octobre, les règles, malgré les moyens médicaux utilisés, sont restées aussi abondantes; elles s'accompagnent en même temps de violentes douleurs, ce qui amène à proposer une intervention.

Intervention le 19 octobre 1932. Rachianesthésie. Incision de Pfannenstiël. Au niveau du fond utérin, myome du volume d'une orange. Annexes droites saines. Le noyau étant unique, on essaie de faire une énucléation, mais il n'y a pas de plan de clivage, ce qui amène à faire une résection partielle de l'utérus. Après l'intervention, il ne reste qu'une cavité utérine sus-isthmique fort réduite en hauteur (1 cm. environ).

A l'examen de la pièce enlevée, on a l'impression qu'il s'agit d'endométriose. Ce diagnostic est confirmé par l'histologie.

OBSERVATION XVI

Cotte et Trillat. Adénomyome diffus de l'utérus.
La Gynécologie, 1933.

Il s'agit d'une femme de 29 ans, mariée, qui vient pour des métrorragies et des règles douloureuses. Pleurésie à 24 ans. Réglée à 15 ans, règles régulières, mais abondantes et très douloureuses.

Malgré le traitement médical et le port d'un pessaire indiqué par un praticien, la malade n'ayant éprouvé aucune amélioration, demande une intervention.

Au toucher : l'utérus uniformément augmenté de volume

remplit tout le petit bassin et dépasse légèrement le niveau du pubis. On ne sent aucune lésion nette du côté des annexes. Comme la malade est jeune, on pense faire une myomectomie d'un fibrome interstitiel.

Intervention le 8 août 1922. Rachianesthésie. Incision de Pfannenstiell. Utérus augmenté de volume de façon diffuse. Une incision exploratrice montre qu'il n'y a pas de noyau énucléable, mais qu'il s'agit d'un adénomyome diffus. De plus, il existe du côté droit un énorme hématosalpinx.

Hystérectomie subtotale avec conservation à gauche.

Examen histologique confirmatif de la nature adénomyomateuse des lésions.

OBSERVATION XVII

Cotte et Trillat. Endométriome du corps utérin.

La Gynécologie, 1933.

Mlle Fe..., 42 ans. Vient consulter pour ses règles, très douloureuses. Non mariée, n'a eu ni enfant, ni fausses-couche. Régulée à 20 ans; les règles se sont toujours accompagnées de nausées et de douleurs abdominales très marquées. Règles du reste peu abondantes, ne durant jamais plus de deux à trois jours.

Au toucher : utérus bosselé en arrière et à gauche, mobile, mais avec antéflexion assez marquée.

Intervention le 22 février 1922. — Rachianesthésie. Incision de Pfannenstiell. Utérus gros, rétroporté, présentant une infiltration de la paroi intérieure avec épaissement qui fait songer immédiatement à de l'adénomyomatose. Sur le péritoine, qui tapisse le cul-de-sac de Douglas, on trouve d'ailleurs de petits nodules noirâtres. Annexes saines.

Hystérectomie sub-totale sans conservation.

Examen histologique : Endométriome.

OBSERVATION XVIII

Cotte et Trillat. Endométrrome du corps utérin.

La Gynécologie, 1933.

Mlle Ja..., 33 ans. Non mariée; ni enfant, ni fausse-couche. Réglée à 13 ans, règles régulières, mais toujours douloureuses, au moment du deuxième ou du troisième jour surtout. Depuis le mois d'octobre dernier, la malade a commencé à perdre peu abondamment, puis presque continuellement.

Au toucher : col fermé, conique, de nullipare. Dans le Douglas, masse dure, arrondie, mais bosselée en surface, peu mobile, douloureuse au palper, entourée d'une zone inflammatoire qui la rend fixe et douloureuse. On ne perçoit pas le fond utérin. Il semble qu'à gauche de cette masse postérieure il y ait une masse annexielle gauche accolée à la masse principale, vraisemblablement utérine.

Intervention le 20 décembre 1921. Rachianesthésie. Incision de Pfannenstiël. Utérus en position horizontale présentant sur sa face postérieure une sorte de plaque dure, saillante, donnant de prime abord l'impression d'un fibrome. Annexes gauches volumineuses, kystiques. Annexes droites saines. Hystérectomie subtotale.

Examen de la pièce : il semble qu'il s'agisse d'un adénomyome de la face postérieure du corps.

Examen histologique : confirmatif.

OBSERVATION XIX

Cotte et Trillat. Endométrrome utérin.

La Gynécologie, 1933.

Femme de 41 ans. Pas d'enfants, ni de fausse-couche.

Envoyée à l'hôpital pour fibrome. Présente depuis deux

ans une augmentation marquée de ses règles qui sont devenues douloureuses.

Au toucher : utérus du volume d'une grossesse de trois mois, bosselé, irrégulier, avec des noyaux multiples.

Annexes non perçues.

Intervention le 19 mai 1933. Rachianesthésie. Incision de Pfannenstiël. Pelvipéritonite ancienne. Petit bassin complètement bloqué avec adhérences du grêle aux annexes et à l'S iliaque. La vessie recouvre complètement le fond utérin et adhère à l'S iliaque. Après libération, on voit que l'utérus est bosselé, avec une annexite ancienne très adhérente. En certains points, on voit de petites formations kystiques faisant songer à de l'endométriase.

Hystérectomie abdominale totale avec drainage vaginal.

A l'examen de la pièce : il existe au niveau de l'isthme et de la corne gauche un épaississement qui semble être constitué par de l'endométriase. Les annexes sont très scléreuses et il est impossible de distinguer ce qui appartient à l'utérus et aux ovaires.

Vérification de l'endométriase par l'histologie.

OBSERVATION XX

Cotte et Trillat. Adénomyomatose de l'utérus. *Gyn.*, 1933.

Femme de 44 ans, mariée. Envoyée avec le diagnostic de fibrome avec hyperménorrhée. A eu une fausse-couche en 1917. Les quatre dernières menstruations ont été douloureuses.

Au toucher : utérus gros, remontant à trois doigts au-dessus de la symphyse. Fond globuleux donnant l'impression d'un myome unique.

Intervention le 22 juin 1933. Rachianesthésie. Incision de Pfannenstiël. Utérus du volume d'un utérus gravide de deux mois environ. Le fond très dur renferme un myome énucléable, mais au niveau de la paroi postérieure, la pal-

pation montre l'existence d'autres noyaux diffus non énucléables. Annexes saines.

Hystérectomie abdominale totale.

A l'examen histologique de la pièce : adénomyomatose.

OBSERVATION XXI

Cotte et Trillat. Adénomyome de l'utérus. *Gyn.*, 1933.

Mlle Góvl..., 47 ans. Envoyée à l'hôpital pour fibrome. Une grossesse, il y a 23 ans. Pas de fausse-couche.

Le début de l'affection actuelle semble remonter à huit ans : à ce moment les règles sont devenues douloureuses, alors qu'elles ne l'étaient pas auparavant. Depuis ce moment, a toujours souffert davantage. Pas de métrorragies. Troubles dysuriques.

Au toucher : utérus horizontal, légèrement augmenté de volume.

Intervention le 1^{er} mai 1933. Rachianesthésie. Incision de Pfannenstiell. Utérus bosselé, irrégulier, avec des myomes non-énucléables. Adénomyomatose probable. Il reste en même temps une ovarite kystique bilatérale avec annexes gauches adhérentes dans le pelvis.

Hystérectomie abdominale totale.

Examen histologique de la pièce : adénomyome.

OBSERVATION XXII

Cotte et Trillat. Adénomyome kystique de l'utérus.

La Gynécologie, 1933.

Il s'agit d'une femme de 24 ans, mariée. Vient pour règles douloureuses. Bonne santé habituelle. Réglée à 13 ans, a toujours souffert à gauche dès la fin des règles, d'abord pendant trois ou quatre jours, puis actuellement pendant dix jours : douleurs irradiées à l'aîne, à la hanche et à la face

antérieure de la cuisse. Pas de leucorrhée, ni de ménorragies, ni constipation. La malade a consulté plusieurs spécialistes. Les traitements préconisés sont restés sans effet, ce qui l'amène à accepter l'intervention dont on lui a déjà parlé.

Intervention le 18 février 1933. Rachianesthésie. Incision de Pfannenstiël. Ablation de l'appendice sain. Au niveau de l'angle gauche de l'utérus, au-dessous de l'insertion du ligament rond, sur la face antérieure de l'utérus, près du bord latéral, petit myome du volume d'une noisette. Énucléation impossible. Résection de ce noyau. Pas de lésions annexielles.

A la coupe : adénomyome kystique renfermant du sang épais, chocolat. Capitonnage de la brèche. Suture à deux plans au catgut.

Suites simples.

Revue en septembre 1933 : a été réglée régulièrement depuis cette époque. Ne souffre plus.

OBSERVATION XXIII

Cotte et Trillat. Adénomyomatose diffuse de l'utérus.
La Gynécologie, 1933.

Mme Roum..., 34 ans, vient pour douleur abdominale droite et leucorrhée. Pas de grossesse. Depuis l'âge de 17 ans, date de l'apparition des règles, dysménorrhée marquée, accompagnée de pertes blanches. Elle est réglée tous les 27 jours durant trois jours. Actuellement la malade souffre pendant huit à dix jours qui précèdent les règles, douleurs dans la fosse iliaque droite, s'irradiant dans la cuisse.

Au toucher : utérus gros, mobile. Myome probable.

Intervention le 24 janvier 1933. Rachianesthésie. Incision de Pfannenstiël. Fond utérin dur, paraissant renfermer un myome dans la paroi antérieure, mais celui-ci ne se laisse pas énucléer. En réalité, il s'agit de myomatose diffuse,

Hystérectomie abdominale subtotale au niveau du fond. Celui-ci est comblé par le tissu adénomyomateux.

Les lésions s'étendent du reste à la partie isthmique des deux trompes. Seule la trompe droite est ouverte. A gauche, l'induration se poursuit jusqu'au niveau du pavillon.

A l'examen histologique : adénomyomatose caractéristique aussi bien au niveau des trompes que de l'utérus.

OBSERVATION XXIV

Cotte et Martin. Adénomyome du corps utérin.

Lyon Chirurgical, 1930.

Femme 44 ans. Entrée à l'hôpital pour fibrome utérin avec rétention d'urine complète.

Antécédents : menstruation n'a jamais été régulière. A 22 ans, la malade a même présenté des métrorragies pour lesquelles elle a été opérée par castration unilatérale. Mariée, elle n'a jamais eu de grossesse. Sa santé a toujours été assez bonne et c'est à l'occasion d'une crise de rétention d'urine que son fibrome a été découvert.

A l'examen on trouvait en effet un fibrome du volume de deux poings fortement saillant en avant, et on avait l'impression d'un myome développé au niveau de la paroi antérieure de l'isthme. L'utérus était bloqué et difficile à mobiliser; l'intervention a montré que ce blocage était le fait d'adhérences de la paroi antérieure de l'utérus à l'S iliaque et à l'épiploon, et de la paroi postérieure au rectum. Le Douglas était complètement symphysé. Malgré cela, on peut arriver assez facilement à faire une hystérectomie totale. A la coupe de la pièce, on voit qu'il s'agit d'un adénomyome tout à fait caractéristique. Dans une trame conjonctive musculaire on voit de petits îlots jaunâtres de muqueuse qui laissent exsuder en certains points un peu de sérosité sanguine. En d'autres points, il y a de petits kystes hématiques qui sont autant de petits endométrïomes,

OBSERVATION XXV

Baltzer (H.). Adénomyome de l'utérus.

Arch. f. Gynak., 1929.

Il s'agit d'une femme de 47 ans. Régliée à 12 ans, irrégulièrement, toutes les 6 ou 8 semaines au début, toutes les 2 ou 4 semaines ensuite. Les règles durent 6 à 10 jours, assez abondantes, sans douleurs. Pas mariée. Pas de grossesse, ni fausse-couche. Il y a quatorze jours, elle a présenté une hémorragie abondante. Le médecin pratique un curetage, dont il envoie une partie au laboratoire pour un examen histologique.

La malade n'éprouve aucune amélioration. Elle présente des vomissements fréquents, des douleurs dans le bas-ventre et des hémorragies persistantes. Le médecin décide d'envoyer la patiente à l'hôpital.

Au toucher, on constate un utérus très augmenté, du volume d'une tête d'enfant, antéfléchi, irrégulier et bosselé. Les annexes ne présentent rien de particulier. On fait le diagnostic de myome de l'utérus.

Cependant, l'examen histologique du matériel du curetage fit écarter ce diagnostic. Outre une hyperplasie endométriale, on trouvait en des endroits différents des amas musculaires renfermant des tubes épithéliaux. Ces glandes, de forme ovale ou ronde, étaient tapissées par une couche de cellules cylindriques hautes. Le tissu cytogène manquait complètement. En face de cette image microscopique, on se demandait s'il ne s'agissait pas soit d'une adénomyosis interne, soit d'un adénocarcinome, soit d'un adénomyome.

L'absence du tissu cytogène plaidait contre l'adénomyosis interne, l'aspect régulier et normal des éléments glandu-

lares firent écarter l'hypothèse d'un carcinome. Il ne restait donc que la notion d'un adénomyome.

En face de cette hésitation, on décide une opération radicale. Pas de carcinome, ni métastases. Les suites opératoires passent sans incidents. La malade quitte l'hôpital complètement guérie.

Examen macroscopique : utérus de volume d'un poing. Sur la paroi antérieure, deux myomes interstitiels de volume d'un marron. Au niveau du fond utérin, un myome sous-séreux, de dimension d'un poing. Annexes saines.

Sur la face antérieure interne de l'utérus, à mi-hauteur, on trouve une excavation irrégulière, de dimension d'une cerise. L'aspect de l'excavation semble nettement différent du reste de la paroi utérine. Il est évident que le matériel du curettage provenait de cet endroit.

Examen histologique : toute la tumeur se compose en proportions égales, des éléments musculaires et épithéliaux. Les tubes glandulaires sont nettement délimités des éléments musculaires qui les entourent.

Examen des coupes en séries : la tumeur est nettement délimitée du tissu adjacent. La capsule ne se distingue nullement de celle d'un myome. Elle se compose de fibres musculaires comprimées. La capsule ne présente en aucun endroit une solution de continuité.

Le tissu cytogène manque complètement. Les éléments glandulaires sont en contact direct des éléments musculaires.

La tumeur pénètre assez profondément dans la fonctionnalis de l'endomètre, mais elle en est toujours séparée de l'épaisseur de la capsule.

Seul dans un endroit, pas loin de la capsule, on trouve un petit kyste, rempli d'un liquide chocolat. L'épithélium qui tapisse le kyste est en partie de type cubique, plat, et en partie de type cylindrique haute.

La tumeur ne présente aucune trace d'inflammation. Par contre, dans une moitié de la tumeur, on observe une trans-

formation carcinomateuse de l'épithélium glandulaire. Les éléments musculaires sont refoulés et détruits, faisant ainsi de la place pour l'expansion du carcinome.

On a ici affaire à une transformation maligne d'une tumeur bénigne.

OBSERVATION XXVI

Baillat et Bertrand. Endométiome utérin.

Il s'agit d'une jeune fille de 22 ans, réglée à 13 ans et demi. Les règles ont été normales et indolores jusqu'à l'âge de 21 ans; depuis cette époque, elles sont devenues extrêmement douloureuses, obligeant la malade à rester couchée pendant 4 à 5 jours en faisant des applications chaudes sur l'abdomen.

La douleur prédomine dans la région des annexes droites. Les règles durent de 4 à 5 jours.

Dans les antécédents, nous ne notons ni grossesse, ni fausse-couche. Pas de pertes blanches.

Un médecin consulté a fait le diagnostic de kyste tubo-ovarien droit ou de tumeur utérine.

En février, lasse de souffrir, cette jeune fille va consulter notre maître, le professeur Mériel, qui fait les constatations suivantes : au palper, il existe un peu à droite de la ligne médiane, une tuméfaction grosse comme un petit œuf, en partie cachée derrière la symphyse pubienne; les régions utérine et para-utérine droites sont un peu douloureuses. On ne note rien d'anormal du côté du cæcum et de l'appendice. Le toucher combiné au palper montre un col coanique de nullipare. Il existe une masse droite, arrondie, régulière, mobile avec l'utérus et faisant saillie nettement en avant de celui-ci dans le cul-de-sac antérieur. On a l'impression que donne un fibrome sous-péritonéal sessile ou un kyste dermoïde faisant saillie dans le cul-de-sac vésico-utérin. Il n'existe rien d'anormal du côté des annexes droites

ou gauches. L'attention se portant uniquement sur l'utérus porteur de cette tumeur arrondie, ferme au toucher, mobile avec lui, un peu sensible à la pression, on fait le diagnostic de petit fibrome sous-péritonéal sessile, et la malade accepte une intervention qui consistera vraisemblablement en une simple myomectomie.

Operation le 22 février 1928. Anesthésie générale à l'éther. L'utérus à peine augmenté de volume, montre dans sa moitié droite une tumeur soulevant la paroi externe du corps utérin; il semble que le diagnostic sous-péritonéal soit confirmé, et l'on décide de pratiquer une myomectomie. Un plan de clivage permet l'énucléation de la tumeur, qui est séparée de la cavité utérine par une épaisseur assez grande de tissu utérin normal. On pratique ensuite un capitonnage de la poche et on suture la paroi utérine. Fermeture de l'abdomen sans drainage.

Les suites opératoires furent simples; une légère élévation de température (38°-38°5) coïncide avec la réapparition des règles qui furent indolores et durèrent 4 jours.

A l'examen de sortie de la clinique, l'utérus est un peu gros et sensible au niveau de la région incisée. Il s'est probablement produit un hématome intra-pariétal post-opératoire, et il y a lieu d'espérer qu'il se résorbera spontanément.

Examen anatomique de la tumeur : macroscopiquement, il s'agit d'une tumeur kystique, grosse comme un abricot. Sa paroi, épaisse d'un demi centimètre environ, est semblable en tous points à du tissu utérin, et cette similitude se retrouve sur la couche interne de cette paroi, qui a l'aspect donc d'un endométriose utérin, et l'examen histologique confirma ce diagnostic.

Il existe une couche externe de tissu musculaire très abondante, sur la face interne droite de formations glandulaires à épithélium cylindrique, où l'on peut, par place, distinguer des cils vibratiles,

OBSERVATION XXVII

Waegeli. Adénomyomatose de l'utérus.

Gynécologie et Obst., 1926.

Il s'agit d'une malade âgée de 45 ans, qui vient nous consulter pour métrorragies très abondantes, établies en somme, à l'exception de quelques intermittences, depuis une quinzaine d'années. Deux curettages et les rayons Röntgen s'étaient révélés inefficaces.

A l'examen, on constate un utérus très augmenté de volume, à l'égal d'une grossesse de trois mois, sans modifications annexielles. Nous pensons à un fibrome soit interstitiel, soit sous-muqueux, vu l'état très anémié de la malade. Après l'échec des autres traitements, nous procédons à une amputation supra-vaginale, qui amène une guérison définitive. A notre grande surprise, nous ne découvrons aucune trace de tumeur dans l'utérus; la paroi du corps est considérablement épaissie, mesurant 25 à 30 mm. La muqueuse est également épaissie; sur la coupe, la musculature paraît irrégulière, divisée par un réseau de travées blanchâtres circonscrivant entre elles des foyers gris et presque transparents.

Examen microscopique : on voit sur la coupe faite à travers la paroi utérine épaissie, au milieu de la musculature, de nombreux foyers avec des canalicules glandulaires ou kystiques. La musculature est parcourue en tous sens par un tissu riche en cellules fusiformes correspondant au stroma de la muqueuse utérine. Dans ce stroma se trouvent des glandes et des petits kystes tapissés d'un épithélium cylindrique. Les kystes atteignent, par place, le volume d'une tête d'épingle; par endroits, le stroma est légèrement œdématié. Diagnostic anatomique : « Adénomyomatose de l'utérus ».

OBSERVATION XXVIII

Michon et Comte. Adénomyome utérin.
Gyn. et Obst., 1925.

Il s'agit d'une femme de 36 ans, non mariée, réglée à onze ans et jusqu'à quinze ans sans douleurs. A partir de quinze ans, a toujours souffert des règles. Premières relations sexuelles depuis trois ans. Aggravation des douleurs depuis un an. Dans l'intervalle des règles, souffre du côté gauche du bas-ventre et de la jambe gauche; souffre pour s'asseoir, pour marcher, pour travailler. A maigri de 3 kg. depuis six mois.

A l'examen : utérus en rétroversion, gros ligament large gauche, douloureux à sa base. On y sent par le toucher rectal un petit nodule du volume d'un pois chiche dont la pression est très douloureuse.

Opération le 15 septembre 1924. Laparotomie : l'utérus est en rétroversion, le fond n'est pas adhérent, mais la partie inférieure du corps utérin est fixée par des adhérences utéro-utérines, fléchissant le corps utérin en arrière. A la coupe, on reconnaît des glandes entourées de muscle. L'examen histologique confirme l'examen macroscopique. On trouve dans ce nodule de nombreuses glandes avec un revêtement cylindrique à une seule rangée. Dans un tissu analogue à celui du chorion de la muqueuse utérine, lequel est entouré à son tour de fibres musculaires lisses coupées, les unes en long, les autres en travers.

Au niveau du point de flexion, on trouve deux petits kystes séreux transparents, du volume d'un pois chiche, implantés sur l'utérus, pédiculés. L'ovaire gauche est pris dans ces adhérences. On le dégage. Les trompes sont ouvertes et saines. Le corps utérin contient un fibrome du volume d'une noix dans sa paroi postérieure. On décide une hystérectomie totale.

A l'examen de la pièce, on trouve parfaitement dans la partie dépéritonisée de la face postérieure de l'utérus un nodule du volume d'un pois chiche.

OBSERVATION XXIX

Violet et Michon. Adénomyome du corps utérin.

Gyn. et Obst., 1925.

Femme, 40 ans, mariée. Un enfant il y a vingt ans, une fausse-couche qui a exigé le repos au lit pendant un mois; depuis elle souffre du bas-ventre, surtout au moment des règles. A chaque période, elle est obligée de garder le lit avec le ventre ballonné.

Pertes de sang abondantes au moment des règles.

Depuis quelques jours, rétention d'urine, urine par regorgement. A l'examen : fibrome pelvien remplissant le Douglas, comprimant le rectum et déterminant de la rétention d'urine. L'examen est difficile à cause de l'hypertrophie vésicale. On fait le diagnostic de fibrome douloureux avec crises de péritonite. Laparotomie longitudinale. Ablation d'une salpingite droite kystique du volume d'un œuf. Puis hystérectomie par hémisection à cause de la difficulté à faire ascensionner l'utérus fibromateux enlevé.

A un moment donné, on s'aperçoit de l'ouverture du gros intestin à la partie postérieure du fibrome. On dégage prudemment le reste de l'adhérence. On termine l'hystérectomie totale et l'ablation des annexes gauches adhérentes. Fermeture du rectum par trois plans. Péritonisation. Mèche dans le Douglas.

Guérison sans fistule rectale. Suppuration de la paroi.

Examen de la pièce : la tumeur est formée par un adénomyome postérieur du volume d'un poing d'homme. A la coupe, tissu glandulaire entouré de fibres lisses.

Examen microscopique : adénomyome.

OBSERVATION XXX

Violet et Michon. Adénomyome du corps utérin.
Gyn. et Obst., 1925.

Femme, 38 ans, mariée à 15 ans. 10 enfants. Pas de fausse-couche. Souffre depuis six ans environ. Douleurs vont en empirant. Souffre au moment des règles, surtout à la fin, et est obligée de garder le lit. Douleurs dans le bas-ventre. Poussées dans le rectum. Envies d'aller à la selle sans résultats. Envies d'uriner. Passé ce temps, elle va bien et fait son travail.

A l'examen : utérus fibromateux avec masse postérieure faisant dans le cul-de-sac postérieur la saillie du pôle d'un œuf de poule. Masse annexielle gauche.

Après laparotomie : adénomyome du corps utérin, adhérent au rectum et qu'on dégage avec beaucoup de précaution.

OBSERVATION XXXI

Michon et Comte. Adénomyomatose utérine.
Gyn. Médicale, 1926.

Il s'agit d'une femme de 45 ans, entrée le 20 mars 1925 dans le service du professeur Villard. Elle se plaint depuis un an seulement, de dysménorrhée douloureuse et de métrorragies légères. La malade présente de plus quelques troubles mictionnels. Le toucher semblait montrer un petit fibrome du volume d'un poing, développé surtout en avant.

L'examen de la pièce après hystérectomie subtotale montre sur le versant antérieur du fond utérin un noyau d'aspect adénomyomateux du volume d'une grosse noix et d'au-

tres noyaux analogues, mais plus petits, au niveau des deux cornes et le long d'une trompe.

L'examen histologique montre que les différents fragments prélevés au niveau du fond, des cornes, des trompes, présentent la structure typique de l'adénomyome. Presque partout, les tubes adénomateux sont entourés du tissu cytogène. L'ovaire ne présente pas de lésions adénomyomateuses.

OBSERVATION XXXII

Violet et Michon. Adénomyome de l'utérus et des ligaments ronds. *Gyn. et Obst.*, 1925.

Femme 43 ans, mariée à 22 ans, pas d'enfants, règles très douloureuses, pertes hydropériques, douleurs pour s'asseoir. Constipation. Amaigrissement.

17 avril 1923. Laparotomie transversale. Myome en avant du volume d'une noix, pédiculé. Utérus bourré de petits fibromes En arrière : ovaires adhérents, kystiques, avec nombreuses poches contenant un liquide hématique noirâtre, gluant, analogue au cambouis.

En arrière, sur la ligne médiane, masse adhérente au rectum, du volume d'une noix. Le rectum est froncé à ce niveau. On détache cette masse en entaillant dans l'utérus. Hystérectomie totale difficile, Hémostase. Péritonisation. Pas de drainage. Examen des pièces. Il existe des surfaces dépéritonisées à l'origine utérine de chaque ligament rond. Au-dessus de cette surface dépéritonisée, il existe une induration du volume d'une noisette qui, à la coupe, est formée de petites cavités. A l'examen histologique : adénomyomes des ligaments ronds.

La masse postérieure est large en surface comme une pièce de deux francs. Au centre est une excavation dans laquelle on logerait un pois chiche. L'autre moitié est restée adhérente au rectum. La muqueuse utérine est fongueuse, avec un polype du volume d'un haricot dans le fond. La

cavité cervicale est dilatée entre l'origine externe et l'orifice interne. La partie postérieure de cette dilatation repose sur l'adénomyome de la paroi utérine qui est amincie à ce niveau.

L'examen histologique des parois de la tumeur adhérente au rectum révèle l'existence des glandes endométriales entourées de tissu musculaire lisse.

Les ovaires contenaient des kystes hématiques et de vieux caillots, aplatis en galets, noirs, desséchés. Les trompes étaient saines. L'examen histologique des ovaires n'a pas été fait.

OBSERVATION XXXIII

Violet. Endométriome utérin envahissant le rectum.

Lyon Médical, 1924.

Il s'agit d'une malade de 40 ans, entrée à notre clinique privée pour de la rétention d'urine. La vessie dépassait l'ombilic, contenait 3 litres d'urine. La cause de cette rétention était une tumeur utérine enclavée dans le petit bassin. Cette tumeur était dure, du volume d'un gros poing d'homme, peu douloureuse au niveau du cul-de-sac postérieur.

On faisait à l'examen clinique le diagnostic de fibromyome, et comme la malade avait un syndrome dysménorrhéique bien particulier, douleur dans le bas-ventre pendant les huit jours que duraient les règles, je songeai à des complications annexielles concomitantes.

A la laparotomie, on trouve un utérus enclavé dont l'ascension était impossible et dont l'ablation fut très difficile, gênée en avant par une vessie hypertrophiée et en arrière par des adhérences unissant le rectum à l'utérus. Je fis une hémisection prudente et abordai le vagin en avant pour pouvoir remonter la face postérieure de l'utérus adhérente et la dégager de l'intestin après l'avoir amenée à ciel ouvert. C'est à ce moment que je m'aperçus que la muqueuse rec-

taie était déchirée, formant une brèche large comme une pièce de 5 francs, et ce ne fut qu'à l'examen de la pièce que je vis sur celle-ci la musculature rectale envahie par la tumeur qui était restée adhérente.

Le réparai la perforation rectale en trois plans et fis une péritonisation atypique au-dessous de la suture.

OBSERVATION XXXIV

Violet. Endométrrome rétro-utérin. *Lyon Médical*, 1921.

Malade âgée de 40 ans, avait eu des ménorragies abondantes et des douleurs des règles, maigrit de plus de 20 kg. en quatre ans, si bien qu'on avait fait le diagnostic de cancer latent de l'estomac. L'examen gynécologique révéla l'existence d'une tumeur rétro-utérine du volume d'une noix, et le toucher rectal montra son adhérence à la muqueuse rectale.

On fait l'hystérectomie totale et la résection de la paroi antérieure du rectum. L'opération eut des suites très simples. L'examen histologique de cette pièce montre des glandes de type utérin ayant envahi la musculature rectale et la muscularis mucosa venant au contact des glandes de Lieber-Muller.

OBSERVATION XXXV

Violet.

Femme plus jeune que celle de l'observation précédente. Dysménorrhée, à forme grave depuis une fausse-couche datant de deux ans. Symptômes du côté du rectum, des douleurs pour aller à la selle et des faux besoins survenant par crises. Au moment des crises et dans la phase prémen-

truelle, les tumeurs augmentaient de volume pour diminuer après les règles.

Cette malade a subi la même opération.

OBSERVATION XXXVI

Double endométrioïme, l'un du col utérin, l'autre du ligament rond. Bizard, Driessers et Garraud. *Echo Méd. du Nord*, 1935.

Il s'agit d'une malade de 44 ans, qui entre dans le service parce qu'elle ressent, depuis plusieurs années, au moment des règles, des douleurs lancinantes au niveau d'une tuméfaction située dans la région inguinale gauche et parce que ses règles sont devenues de plus en plus abondantes depuis quelques mois.

La malade a eu dans des conditions normales une fille il y a dix-sept ans, et elle a fait une perte de deux mois, il y a trois ans.

Le cycle menstruel de cette femme est court, les règles reviennent en effet tous les 20-21 jours; elles sont d'ailleurs très prolongées, puisqu'elles durent 6, 7 et même 8 jours; enfin elles sont très abondantes. Depuis trois mois, cette ménorragie a été de plus en plus importante : les dernières règles ont duré du 21 avril au 8 mai.

De plus, la malade ressent, au moment des règles, des douleurs lancinantes au niveau d'une tuméfaction qu'elle présente à l'orifice inguinal externe gauche. Ces douleurs sont plus marquées deux ou trois jours avant les règles et immédiatement après.

Au niveau de l'orifice inguinal externe gauche, on observe une petite tumeur saillante sous la peau et immobile avec les mouvements respiratoires. Elle est du volume d'une noix, légèrement bosselée, uniformément dure, légèrement adhérente à la peau, plus nettement aux plans profonds. Elle présente une certaine sensibilité. Il n'y a aucune impul-

sion à la tour. Cette tumeur existerait, d'après les dires de la malade, depuis 14 ans environ. Depuis lors, elle n'a guère augmenté de volume, sauf au moment des règles, où elle deviendrait un peu plus grosse, en même temps que plus sensible.

L'examen gynécologique nous révèle l'existence d'un polype gros comme une cerise, implanté sur le versant postérieur gauche du col utérin. Il répond nettement à la partie vaginale du col, et ne présente aucun pédicule sortant par l'orifice externe du col. Il est relativement mou et œdémateux, non hémorragique.

Le cul-de-sac postérieur n'est pas douloureux et ne présente aucune formation pathologique, les autres culs-de-sac sont souples. L'utérus apparaît de forme et de situation normales. Devant ce tableau clinique aussi net : tuméfaction de la région inguinale, ménorragies, dysménorrhée tumorale, nous supposons qu'il s'agit d'un endométrrome.

Opération le 17 mai 1935. Ablation des tumeurs inguinale et utérine.

L'examen histologique des tumeurs montre la structure caractéristique de l'endométrrome.

OBSERVATION XXXVII

Adénomyome du col. *Gyn. et Obst.*, 1925.

Femme 30 ans, mariée. Pas d'enfants. Vient pour une dysménorrhée grave. Souffre pour aller à la selle. Epreintes. Souffre dans les relations.

A l'examen : nodule du volume d'une noisette dans le cul-de-sac de Douglas, adhérent au rectum.

Vu l'âge et le désir de la malade, on essaye une opération conservatrice.

Laparotomie. Le cul-de-sac de Douglas est rempli d'adhérences et mis à l'abri du rectum, on thermocautérise profondément des masses qu'on sent adhérentes à la face pos-

térieure du col utérin. On fait quatre pointes de feu profondes dans ces nodules repérés. Trompes et ovaires sains. Fermeture du ventre.

La malade revient six mois après. Pendant deux mois elle a été soulagée. Depuis elle souffre à nouveau, elle souffre de dysurie et de pollakiurie. Elle souffre davantage pour aller à la selle. Les nodules du Douglas ont augmenté de volume depuis le premier examen. La malade a maigri et accepte une nouvelle intervention plus radicale. La malade avait été examinée avant les règles, elle revient pour subir son opération après les règles. Pratiqués à huit jours de distance, ces deux examens sont très intéressants, car la tuméfaction de Douglas, perçue par le toucher vagino-rectal combiné, était du volume d'une noix avant les règles et redevient du volume d'une noisette après les règles.

Opération le 6 novembre 1920. Laparotomie. Hystérectomie après dissection de l'uretère droit. Ouverture systématique du rectum adhérent. Suture du rectum par quatre points musculaires, puis quatre points de renforcement correspondant aux points péritonéaux. Réunion par première intention.

A l'examen macroscopique : sur un utérus de volume normal, à sa partie postérieure, à l'union avec le vagin, deux nodules, l'un droit du volume d'une amande, l'autre médian, adhérent au rectum, du volume d'une noix.

Examen histologique : glandes analogues aux glandes du corps utérin dans du tissu cytogène; les glandes existent dans le muscle et dans la muqueuse rectale.



Vu :
Nancy, le 19 Juillet 1938.
Le Président de Thèse,
A. BINET.

Vu et approuvé :
Nancy, le 20 Juillet 1938.
Le Doyen de la Faculté de Médecine,
L. SPILLMANN.

Vu et permis d'imprimer :
Nancy, le 21 Juillet 1938.
Le Recteur de l'Académie,
BRUNTZ,
Président du Conseil de l'Université

BIBLIOGRAPHIE

- ARCHAMBAUD et PEARCE. — Tuberculosis of an adenomyome of the uterus (*Journ. Amer. Med. Ass.*, Chicago, 1906, XLVIII, p. 768-770).
- AUGIER et DELASSUS. — Sur un cas d'adénomyome utérin (*Journ. des Sciences Médicales de Lille*, 1905, p. 474-476).
- BALDY and LONGCOPE. — Adenomyomata of the uterus (*Amer. Journ. of Obst.*, New-York, 1902, XLV, p. 788-802).
- BAILLAT et BERTRAND. — Un cas d'endométriome utérin (*Rev. Franç. de Gyn. et d'Obst.*, 25, p. 745-747, déc. 1930).
- BALTZER (U.). — Ueber das Adenomyome des Uterus (*Arch. f. Gyn.*, 138, 278, 1928).
- BINET (A.). — L'endométriome utérin et kyste folliculaire de l'ovaire (*Journal de Gynécologie et d'Obstétrique*, novembre 1937).
- Les Dystrophies de l'ovaire (*Revue Médic. de Nancy*, p. 758, 1936).
- La Vie sexuelle de la Femme (2^e édition, L'Expansion Scientifique Française, Edit., Paris).
- BIZARD, DRIESSOUS, SARRAUD. — Les endométriomes (*Echo Médical du Nord*, 2, p. 893, 1935).
- BOROWSKI (P.). — Ueber maligne Adenomyome des Uterus (*Zeitschr. f. Geburts. und Gyn.*, 95, 311, 1929).
- CADENAT (F.-M.). — Les endométriomes utérins microscopiques supplémentaires (*L'Hôpital*, n° 422, janvier 1937).

- CLAISSE (A.). — Développement des adénomyomes utérins de nature inflammatoire (*Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1900, t. III, p. 428-438).
- Thèse Paris, 1899-1900; cf. *Rev. de Gyn.*, 1900, p. 885.
- COHN (M^{lle} Méophilie). — Adénomyomes des cornes utérines (Thèse, Paris, 1900-1901).
- COTTE et MARTIN. — Adénomyome du corps utérin (*Lyon Chirurgical*, 15 nov. 1930, p. 623).
- COTTE et TRILLAT. — Sur l'endométriose du corps utérin (*La Gynécologie*, décembre 1933).
- Sur l'endométriose du corps utérin à propos de dix observations (*La Gynécologie*, 32, p. 641-658, décembre 1933).
- CULEN (T.-S.). — Adenomyoma uteri diffusum benignum (*The Joh Hopkins Hospital Reports*, Baltimore, VI, p. 133, 1896).
- DANIEL et SEROTA. — Considérations sur l'endométriose ovarien (*La Gynécologie*, mai 1937, p. 267).
- DE JONG et DE SNOO. — Ueber die Endometriosen des weiblichen Genital Apparats (*Arch. f. Path. Anat.*, juillet 1925, t. CCLVII, p. 23).
- DELANNOY, HIACO, BERDINE. — Endométrioses des cornes utérines; évolution anatomique (*Soc. Méd. du Nord*, mars 1935).
- DELANNOY et BERDINE. — Evolution anatomique des endométrioses (*Echo Médical du Nord*, 1, 1935, p. 876).
- DEROQUE (A.). — Endométrioses vaginaux et para-vaginaux (Thèse Paris, 1926).
- DE SNOO. — The regeneration of the uterine mucosa in connection with myomata and endometriosis (*Journ. of Obst. and Gyn. of British Emp.*, vol. 41, 1934, p. 568).
- DOUGLAS (Marion). — Endométriose de la corne utérine (*Surg. Gyn. and Obst.*, août 1929).
- FABRICUS (J.). — Ueber Cysten an der Tube, am Uterus und dessen Umgeb. (*Arch. f. Gyn.*, 1896, L, p. 385).
- FLUHMAN (C.-F.). — The Significance of the anterior pituitary hormone in the blood of gynecologic patients (*Am. Journ. Obst. and Gyn.*, 1, 70, 1930).
- Hyperplasia of the endometrium and the hormones of the anterior hypophysis and the ovaries (*Surg. Gyn. and Obst.*, 1931, 52, p. 1051-1068).

- FRANKL (O.). — *Zeitschr. f. Gyn.*, 61, 1937, p. 1071.
- FERDINAND (L.). — Adénomyomes de l'utérus (Thèse de Lyon, 1908).
- GRAVES (W.-P.). — Relationship of ectopic adenomyomata to the ovarian fonction (*Am. Gyn. Society*, 1925, t. L, p. 211).
- GRICOUROFF. — L'endométriase, signes cliniques et théories pathogéniques (*Paris Médical*, 20 mars 1937, p. 249).
- GRUENBAUM (D.). — Adénomyome Corporis Uteri mit Tuberculose (*Arch. f. Gyn.*, 1907, LXXXI, p. 383).
- HALBAN (J.). — Diagnostic d'adénomyosis et d'adénomyomès (*Zentralbl. f. Gyn.*, 57, 961-963, avril 1933).
- HAMANT, CORNIL, MOSINGER. — Les endométrioides, l'endométriase et l'endométriome tubaires (*Presse Médicale*, 4 octobre 1930).
- ISIDOR (P.). — De l'origine folliculaire de certains kystes hématiques endométrioides de l'ovaire (*La Gynécologie*, mars 1937, p. 142).
- JAYLE (F.). — Les solénomes du ventre de la femme (*Presse Médicale*, nov. 1934, p. 1873) (*Revue Fr. de Gyn. et d'Obst.*, mai et juin 1926; janv. et août 1927; mai 1928).
- JEFFCOATE et POTTER. — Endometriosis as a manifestation of ovarian dysfunction (*Journ. of Gyn. and Obst. of Brit. Emp.*, vol. XLI, 1934, p. 684).
- JUDD et FOULDS. — Adénomyomes envahissant le sigmoïde (*Surg. Gyn. and Obst.*, nov. 1923).
- KING (J.-E.). — *Gyn. Surg. and Obst.*, juillet 1931, p. 22.
— Endometrial hyperplasia and its relation to endocrine malfunction (*Am. Journ. Obst. and Gyn.*, vol XXVI, octobre 1933).
- KAUFMANN. — Ueber die Wirkung fortgesetzten Zufuhr unphysiologische Mengen Follikelhormone auf das Genitale Weiblicher Ratten (*Arch. f. Gyn.*, t. 162, cahier 3).
- LEGUEU et MARIEN. — Des éléments glandulaires dans les fibromyomes de l'utérus (*Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1897, p. 134).
- LETULLE, TUFIER et LAMBERT. — Endométriomes et dysembryolasies utérines (*Bull. de l'Acad. de Méd.*, 24 novembre 1925, p. 1038).

- LELIÈVRE et PORTES. — *Annales Anat. Path.*, 1924, p. 623.
- LEURET (J.). — Diagnostic de l'endométriome (*Gazette Méd. de France*, pp. 406-413, mai 1935).
- MAC LEAD (N.-S.). — The origine of columnar epithelium in the Graefian Follicle, and its relation to the histogenesis of ovarian cysts (*Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp.*, vol. XII, 1934, p. 385).
- MEYER (R.). — Ueber Drüsen, Cysten und Adenom. im Myometrium des Erwachsenen (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1900, XLII, p. 526, et XLIII, p. 130 et 329; 1901, XLIV, p. 32).
- MICHON et COMTE. — Les théories pathogéniques de l'endométrie (*Gyn. et Obst.*, t. XIV, 2, 1926, p. 298).
- Deux observations d'adénomyomes utérins (*Gyn. et Obst.*, XII, 2, 1925).
- *Lyon Médical*, 1926, t. I, p. 281.
- MICHON (L.). — Production expérimentale de l'adénomyome par auto-transplantation de muqueuse utérine sur l'ovaire chez la lapine (*Gyn. Chirurg.*, t. XXIV, n° 3, 1927, p. 313).
- MÄENCH (G.-L.). — Histogénèse de l'Adénomyosite (*Surg. Gyn. and Obst.*, sept. 1922).
- NOVAK (E.). — Sur l'influence de certains facteurs endocriniens sur les troubles de la menstruation et en particulier sur les hémorragies et les douleurs menstruelles (*Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, sept. 1932).
- Discussion on misplaced endometrial tissue (*Am. Gyn. Society*, 1925, l. 250).
- POLLOSON et VIOLET. — Myomes diffus non énucléables (*Lyon Médical*, 1905, VII, p. 230).
- PORTES et ISIDOR. — Formations endométroïdes génitales chez la femme (*Gyn. et Obst.*, t. XXVII, avril 1933, p. 309).
- POLSTER. — Les proliférations hétérotopiques ayant la structure utérine (*Virch. Arch. f. Anat. Path.*, 6 janv. 1934).
- ROCHE (R.). — Adénomyome de l'utérus (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1906, p. 208).
- ROBINSON (M.-R.). — A critic of the histogenesis of heterotopic endometrial proliferation,

- ROCMAN (M.). — Endométriomes. — Considérations générales à propos de deux cas (*Rev. Franç. de Gyn.*, juill. 1937).
- ROSATTI (F.). — Ueber Endometrioiden Zysten des Ovariums.
- SCHRÖDER (R.). — Die Pathogenese der Menstruo- und besonders des Menorrhagien (*Arch. f. Gyn.*, p. 633, 1919).
- SEITZ (L.). — Etude clinique de l'endométriose (*Zentralbl. f. Gyn.*, janvier 1923).
- SIMIAN (A.). — Thèse Montpellier, 1914.
- SIMONET (Henri). — L'hormone folliculaire (Masson et C^{ie}).
- TCHIGAFF (I.). — Thèse Paris, 1936.
- TIESSEN (B.). — Kystes utérins considérés comme une forme particulière des Endométrioses (*Monatschr. Geburt. und Gyn.*, B. 109, Heft 3-4, janvier 1936).
- VAN SMITH. — Endométriome (*The Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, juin 1929).
- VIOLET. — Adénomyome de l'utérus ayant envahi le rectum (*Lyon Médical*, 1929, p. 268, et 1924, p. 403).
- VIOLET et MICHON. — Les adénomyomes de l'utérus et des ovaires (*Gyn. et Obst.*, 2, 1925).
- VON TONGEREN. — Einige besondere Fälle von Endometriom (*Zentralbl. f. Gyn.*, 1937, n° 82, p. 2422).
- WAEGELI. — Les hétérotrophies de la muqueuse utérine (*Gyn. et Obst.*, 1926).
- WITHERSPOON (T.). — The Estrogenic Principle, the common ethiological factor of endometrial hyperplasia, uterine fibroids and Endometriomas (*Surg. Gyn. and Obst.*, 2, 1935, p. 783).
- ZALESKI (Wilno). — L'influence du système nerveux sympathique et des hormones sexuelles sur l'adénomyosis expérimentale chez la lapine (pp. 393-408).
- Experimentelle Endometriosis bei Kaninchen weibchen nach Prolandinjection (*Zentralbl. f. Gyn.*, 15 oct. 1937, p. 2426).



TABLE DES MATIÈRES

	PAGES
INTRODUCTION.	5
Historique	9
Définition	13
Anatomie et physiologie pathologique	17
Etiologie	31
Pathogénie	35
Symptomatologie	57
Diagnostic, Pronostic	65
Traitement	69
Conclusions.	73
Observations.	75
BIBLIOGRAPHIE.	111



IMPRIMERIE
BAILLY ET WEITSTEIN

6, Rue Courbet
NANCY

